

ACTAS GENERALES



Celebrada en Buenos Aires del
12 al 22 de Noviembre de 1934

FILE COPY -- LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D. C.

ÍNDICE DE MATERIAS

Página

Fotografías de Funcionarios y Miembros de la Conferencia	5-10
Antecedentes	11
Comisión Organizadora.....	12
Reglamento	13
Asuntos tratados en la Conferencia.....	16
Programa de la Conferencia.....	17
Nómina de los delegados e invitados especiales.....	19
Mesa Directiva	20
Comisiones de la Conferencia.....	20
Actas generales.....	22
Sesión Preparatoria.....	22
Sesión Inaugural.....	26
Primera Sesión Plenaria.....	42
Código Sanitario Panamericano.....	42
Informe de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	47
Informes de las Delegaciones.....	54
Fisio-patología de los habitantes de los altiplanos.....	69
Comité Ejecutivo.....	71
Homenajes	72
Alastrim	72
Segunda Sesión Plenaria.....	73
Informes de las Delegaciones.....	73
Informe del Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana	83
Demografía	87
Tercera Sesión Plenaria.....	96
Fiebre Amarilla.....	96
Demografía	119
Cuarta Sesión Plenaria.....	128
Demografía	128
Organización Sanitaria.....	129
Quinta Sesión Plenaria.....	179
Navegación aérea	179
Instituto de Medicina Tropical.....	182
Asociación Panamericana de Salubridad.....	183
Paludismo	187
Anquilostomiasis	221
<i>Anopheles costalis</i>	226
Sexta Sesión Plenaria.....	229
Anquilostomiasis	229
Tifo Exantemático y Enfermedades Aliadas.....	230
Fisiología de las alturas.....	256
Eugenesia	260
Vacunación Antivariólica.....	260
Encefalitis Post-Vacunal y Alastrim.....	271
Fiebre Ondulante.....	272
Séptima Sesión Plenaria.....	290
Lepra	291
Linfogranulomatosis Venérea.....	297
Lucha Antivenérea.....	305
Ofidismo y Aracnoidismo.....	319
Farmacoepa	325
Estupefacientes y Especialidades Farmacéuticas.....	326

	Página
Octava Sesión Plenaria.....	328
Protección de la Infancia y de la Maternidad.....	328
Peste	353
Alimentación Popular.....	354
Tuberculosis	361
Alcoholismo	373
Novena Sesión Plenaria.....	381
Código Sanitario Panamericano.....	381
Navegación Aérea.....	382
Reglamento de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	383
Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	385, 389
Décima Conferencia Sanitaria Panamericana.....	386
Votos	374
Leche	395
Propaganda Sanitaria.....	399
Décima Sesión Plenaria.....	403
Acta Final.....	407
Sesión de Clausura.....	426

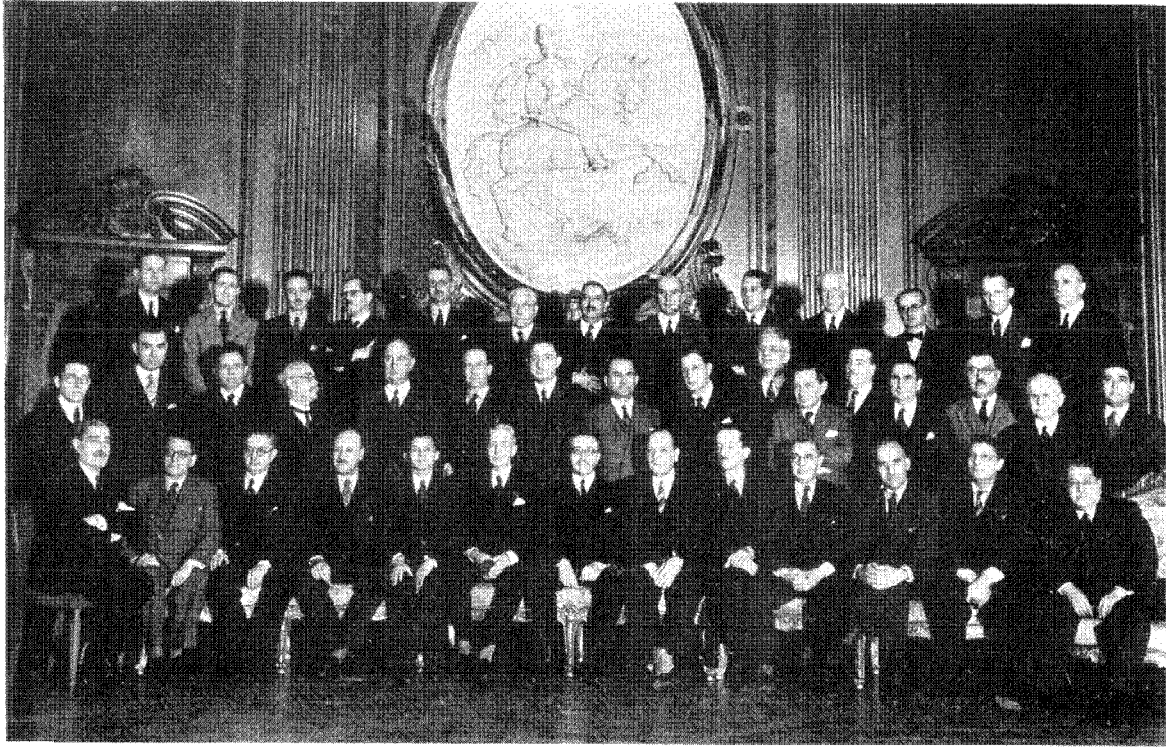
Apéndice

Folletos distribuidos por las Delegaciones.....	433
→ Constitución y Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	435
La sanidad en Colombia.....	441
Dr. Jorge Bejarano.	
La sanidad en Cuba.....	452
Dr. Rafael Lorié.	
La sanidad en los Estados Unidos.....	459
Dres. Hugh S. Cumming, Bolivar J. Lloyd y Kendall Emerson.	
La sanidad en Panamá.....	476
Dr. Pablo B. Ocamou.	
Organizaçao sanitaria dos Estados Unidos do Brasil.....	479
Documento presentado pelo Dr. Servulo Lima.	
Labor realizada por el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública del Paraguay.....	485
Dr. Cayetano Masi.	
Evolución de la sanidad en el Uruguay.....	488
Sr. Javier Gomensoro.	
Trabajos de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones Dr. Frank G. Boudreau.	491
Comisión de la Peste de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana....	496
Acta de la reunión del 19 de noviembre de 1934.	
Vacunación antivariólica	501
Informe presentado por el Dr. Domingo F. Ramos.	
Vacunación antivariólica	502
Dr. Alberto Santander G.	
BCG in the United States.....	505
Dr. Kendall Emerson.	
Bienestar de la madre y del niño.....	506
Informe presentado por la Delegación Chilena.	
Abastecimiento de leche en el municipio de Buenos Aires.....	509
Dr. Juan M. Obarrio.	
Formación de la conciencia sanitaria del pueblo.....	513
Sr. Javier Gomensoro.	
Comunicación de la Real Compañía Holandesa de Vapores.....	515
Visita de los Delegados al puerto de Buenos Aires.....	514
Ofidismo en Venezuela.....	516
Dr. Carlos Diez del Ciervo.	



EXCMO. SEÑOR GENERAL AGUSTIN P. JUSTO
Presidente de la República Argentina

Patrocinador de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana



FOTOGRAFÍA OFICIAL DE LOS DELEGADOS A LA IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA.

De izquierda a derecha: *sentados al frente*: Dres. Oscamou, Monge, Diez del Ciervo, Miranda, Núñez, Cumming, Aráoz Alfaro, Paz Soldán, Bejarano, González, Coutts, Henríquez Ureña, y Arroyo; *en el centro*: Samaniego, Vaccarezza, Grossi, Vargas Prada, Long, Schiaffino, Soper, Gubetich, Rojas, Ramos, Sussini, Sr. Gomensoro, Masi, Rodríguez, Lloyd, y Darío; *fila de atrás*: Sordelli, Sr. Hinkle, Lic. Vázquez Pérez, Houssay, Morgan, Battaglia, Rojas, Boudreau, Rubio, Emerson, Lima, Zwack, y Obarrio.



EXCMO. SEÑOR DR. CARLOS
SAAVEDRA LAMAS
Ministro de Relaciones Exteriores
y Culto



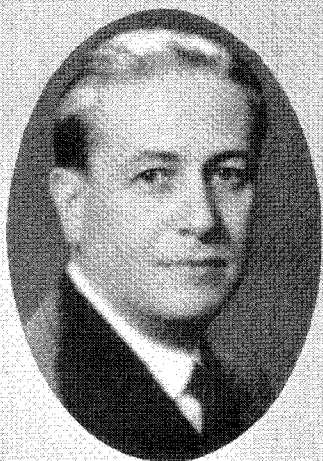
EXCMO. SEÑOR DR. LEOPOLDO MELO
Ministro del Interior.



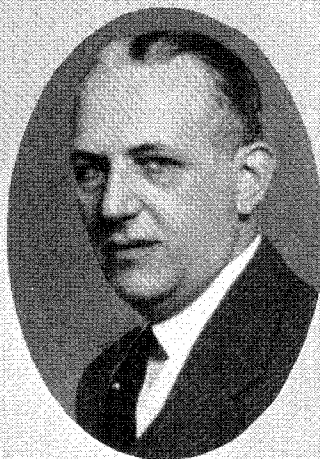
DR. GREGORIO ARAOZ ALFARO
Presidente de la Conferencia



DR. JORGE BEJARANO
Presidente Provisional de la X
Conferencia Sanitaria Pan-
americana



DR. ALFREDO SORDELLI



DR. ALBERTO ZWANCK

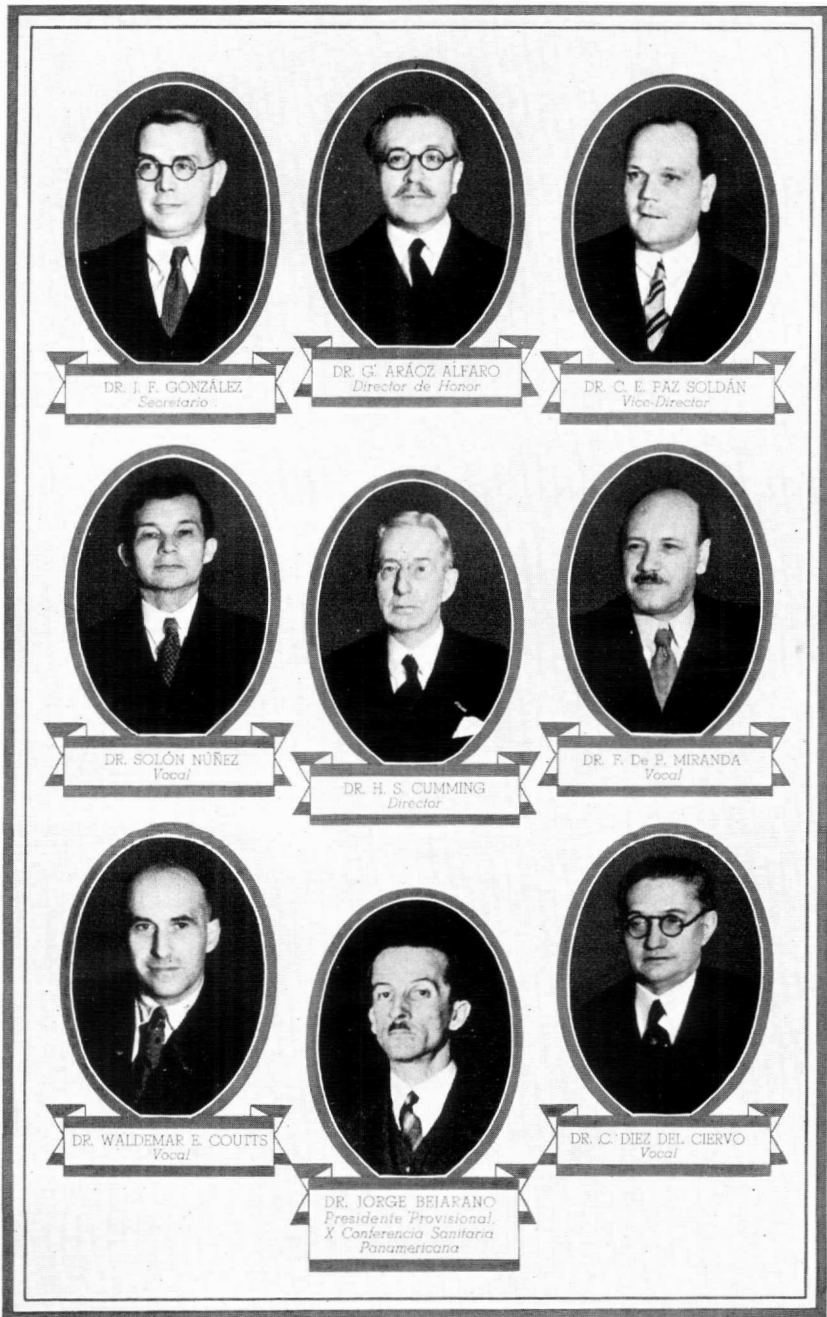


DR. SÉRVULO LIMA



DR. BOLIVAR J. LLOYD

Secretarios de la Conferencia.



Nuevo Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana electo en la Conferencia de Buenos Aires

NOVENA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

ANTECEDENTES

LA OCTAVA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, reunida en Lima en octubre de 1927, designó por aclamación la ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina, para sede de la próxima Conferencia, y al Dr. Gregorio Aráoz Alfaro para Presidente provisional de la misma.

Aceptadas estas designaciones por el Dr. Marcelo T. de Alvear, a la sazón Presidente de la Nación, convino éste con el Dr. Aráoz Alfaro, en vista de la próxima terminación del mandato presidencial, en dejar al gobierno que había de sucederle la organización de la Novena Conferencia. Empero el nuevo gobierno, a pesar de las reiteradas gestiones del Presidente provisional designado en Lima y de algunas cancillerías, no se interesó en el asunto y expiró así el término de tres años dentro del cual la reunión debía realizarse sin que se tomara decisión alguna.

Fué sólo en el gobierno provisional del General José F. Uriburu que la gestión pudo reanudarse. Por decreto del 17 de Septiembre de 1931 fué nombrada la Comisión organizadora, bajo la presidencia del Dr. Aráoz Alfaro, con el propósito de que la Conferencia se realizara en octubre de 1932, es decir, bajo el nuevo gobierno regular que debía elegirse. De tal propósito había sido ya informada la Segunda Conferencia de Directores de Sanidad reunida en Washington, en abril de 1931, por el representante argentino, que era el propio Dr. Aráoz Alfaro.

Una vez que el General Agustín P. Justo asumió la Presidencia de la Nación, a pesar de sus vivos deseos de responder dignamente, cuanto antes, al honor que se había discernido a la Argentina, la mala situación económica de la mayoría de los países americanos indujo, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana—iniciadora de las Conferencias Sanitarias y su órgano permanente de acción—a postergar la reunión hasta el presente año. En 20 de octubre de 1933, fué dictado por el Ministerio del Interior, un decreto reorganizando la Comisión, en virtud de haber fallecido o caducado algunos de los miembros nombrados en 1931.

En fin, de acuerdo con lo convenido por el Sr. Ministro de Relaciones Exteriores, Dr. Saavedra Lamas, con el Director de la Unión Panamericana en ocasión de la Séptima Conferencia Internacional Americana reunida en Montevideo en diciembre de 1933, el gobierno argentino decidió fijar la fecha de 12 a 22 de noviembre para la celebración de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana en la ciudad de Buenos Aires, e invitar en consecuencia, a nombrar sus delegados a todos los gobiernos de América.

COMISION ORGANIZADORA

Presidentes Honorarios—

Exmo. Señor Presidente de la Nación, General Agustín P. Justo.

Exmo. Señor Ministro del Interior, Dr. Leopoldo Melo.

Exmo. Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas.

*Presidente—*PROF. GREGORIO ARÁOZ ALFARO, Ex-Presidente del Departamento Nacional de Higiene; Ex-Vicepresidente del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones; Delegado de la República Argentina a la Oficina Internacional de Higiene Pública; Miembro de la Academia Nacional de Medicina; etc.

*Vice-Presidente 1°—*DR. MIGUEL SUSSINI, Presidente del Departamento Nacional de Higiene.

*Vice-Presidente 2°—*DR. JUAN M. OBARRIO, Director de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria de Buenos Aires; Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

*Vice-Presidente 3°—*DR. NICOLÁS LOZANO, Presidente de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales; Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

*Secretarios—*PROF. ALBERTO ZWANCK, Profesor titular y Director del Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

DR. ALFREDO SORDELLI, Director del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene; Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

*Vocales—*PROF. MARIANO R. CASTEX, Ex-Rector de la Universidad de Buenos Aires; Presidente de la Academia Nacional de Medicina; Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas.

PROF. CARLOS BONORINO UDAONDO, Ex-Decano de la Facultad de Ciencias Médicas; Ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina; Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas.

PROF. RAFAEL A. BULLRICH, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas; Miembro de la Academia Nacional de Medicina; Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas.

PROF. BERNARDO HOUSSAY, Profesor titular y Director del Instituto de Fisiología de la Facultad de Ciencias Médicas; Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

PROF. ALOIS BACHMANN, Profesor titular de Bacteriología de la Facultad de Ciencias Médicas; Ex-Director del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene; Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

INGENIERO DOMINGO SELVA, Presidente del Directorio de las Obras Sanitarias de la Nación.

PROF. MANUEL V. CARBONELL, Ex-Profesor titular de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas; Miembro de la Academia Nacional de Medicina; Vice-Presidente del H. Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires.

PROF. EUGENIO A. GALLI, Director General de la Sanidad del Ejército; Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas.

PROF. GERMINAL RODRÍGUEZ, Profesor adjunto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas; Miembro del H. Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires.

PROF. RAÚL F. VACCAREZZA, Profesor adjunto de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas.

DR. MANUEL I. BATTAGLIA, Jefe de la División de Sanidad Marítima del Departamento Nacional de Higiene.

ARQUITECTO RAÚL ALVAREZ, Miembro del Directorio de las Obras Sanitarias de la Nación.

REGLAMENTO

Artículo 1—El Exmo. Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación Argentina abrirá y presidirá, con carácter provisional, la sesión de inauguración de la Conferencia y las siguientes hasta que se elija el Presidente definitivo.

Funcionarios

Art. 2—El Presidente definitivo de la Conferencia será elegido por el voto de la mayoría absoluta de las Delegaciones presentes, por medio de cédulas. Enseguida serán elegidos, del mismo modo, dos secretarios generales. En la misma sesión se fijará, por la suerte, el orden numérico de las Delegaciones con el fin de establecer la precedencia en su colocación y el turno en que, a cada cual, corresponda suplir las faltas del Presidente.

Art. 3—Son atribuciones del Presidente definitivo:

- 1) Dirigir las sesiones de la Conferencia y poner a discusión, por su turno, los asuntos comprendidos en la orden del día.
- 2) Disponer que cada asunto presentado a la Conferencia pase al estudio de la Comisión a que corresponda, a no ser que se ordene, por el voto de las dos terceras partes de las Delegaciones presentes, que se proceda a tomarlos inmediatamente en consideración.
- 3) Conceder el uso de la palabra a los Delegados, en el orden en que lo hayan solicitado.
- 4) Decidir las cuestiones de orden que ocurran en las discusiones de la Conferencia. Sin embargo, si algún Delegado lo solicitare, la decisión de la presidencia será sometida a la Conferencia.
- 5) Llamar a votaciones y anunciar a la Conferencia el resultado de las mismas, conforme al artículo 15°.
- 6) Informar a la Conferencia, por medio de uno de los Secretarios Generales y al concluir cada sesión, de los asuntos que deben tratarse en la sesión inmediata. (La Conferencia podrá, empero, hacer las alteraciones que juzgue convenientes, bien sea respecto a la hora de la sesión o bien respecto del orden en que hayan de discutirse los asuntos pendientes).
- 7) Disponer que uno de los Secretarios Generales, después de aprobada el acta de la sesión anterior, dé cuenta a la Conferencia de los asuntos que se hayan presentado después de la sesión anterior.

Art. 4—Serán Vicepresidentes de la Conferencia los jefes de delegación de los diversos países representados y actuarán, para suplir al presidente, en el orden numérico dado por el sorteo a que se refiere el artículo 2°.

Art. 5—Son atribuciones de los Secretarios Generales:

- 1) Tener bajo sus órdenes al personal de la Conferencia y organizar sus tareas.
- 2) Recibir, distribuir y contestar la correspondencia oficial de la Conferencia, conforme a los acuerdos de la misma.
- 3) Redactar las actas de las sesiones y cuidar de su distribución a los delegados.
- 4) Revisar las traducciones que hicieran los intérpretes de la Conferencia.
- 5) Distribuir entre las Comisiones los asuntos sobre los cuales deban presentar dictamen y poner a disposición de dichas Comisiones todo lo necesario para el desempeño de su encargo.
- 6) Redactar la orden del día, de acuerdo con las instrucciones del Presidente.

De las Comisiones de la Conferencia

Art. 6—El Presidente propondrá a la Conferencia, en la primera sesión ordinaria, las Comisiones que juzgue necesarias, determinando el número de Delegados de que hayan de constar, según las materias incluidas en el programa sometido a la consideración de la Conferencia.

Art. 7—Propondrá asimismo, a continuación, los nombres de los Delegados que hayan de componer las diferentes Comisiones.

Art. 8—Todos los delegados podrán asistir a las reuniones de cada una de las Comisiones y tomar parte en sus debates, pero sin derecho a voto.

De las Sesiones de la Conferencia

Art. 9—La primera sesión se celebrará en el día, hora y lugar que determine el Gobierno Argentino y las subsiguientes, en los días y horas que la Conferencia establezca.

Quórum

Art. 10—Para que haya sesión se necesita que esté representada en ella, por alguno de sus delegados, la mayoría de las naciones que toman parte en la Conferencia.

Art. 11—Abierta la sesión, se leerá por uno de los Secretarios Generales, el acta de la sesión anterior, a menos que se dispense su lectura. Se tomará nota de las observaciones que hagan el Presidente o cualquiera de los delegados, y se las someterá a la aprobación de la Conferencia.

Orden del Debate y Votación

Art. 12—Puestos a discusión por el Presidente los asuntos comprendidos en el orden del día, la Conferencia los discutirá primero de una manera general, y los que resultaren aprobados, serán objeto de una segunda discusión en particular, considerando, uno por uno, los artículos del proyecto que se discute.

Art. 13—La Conferencia puede, por el voto de las dos terceras partes de las Delegaciones presentes, prescindir de los trámites ordinarios y proceder inmediatamente a la discusión de la proposición, en general y en particular.

Art. 14—Toda modificación que se proponga será referida a la respectiva Comisión, si la Conferencia no decide otra cosa, y se la someterá a voto sólo en el caso en que el artículo o proposición, cuyo texto tienda a modificar haya sido rechazado en la votación.

Art. 15—La Delegación de cada país representado en la Conferencia tendrá un solo voto, y los votos se tomarán separadamente por países, haciéndose constar en las actas. Por regla general las votaciones se harán de viva voz, a menos que algún delegado pida que se hagan por escrito. En este caso cada Delegación depositará en una urna, una papeleta en que se expresará el nombre de la nación que represente y el sentido en que emita su voto. Uno de los Secretarios Generales leerá en alta voz estas papeletas y contará los votos.

Art. 16—La Conferencia no procederá a votar ninguna resolución ó proposición que verse sobre alguno de los asuntos incluidos en el Programa, sino cuando estén representadas en ella, por uno o más Delegados, cuando menos dos terceras partes de las naciones que a ella concurren.

Art. 17—Excepto en los casos expresamente indicados en este Reglamento, las resoluciones o proposiciones que considere la Conferencia, se entenderán aprobadas cuando se haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría absoluta de las Delegaciones representadas por uno o más de sus miembros en la sesión en que se tome la votación, teniéndose por presente y representada a la Delegación que hubiera enviado su voto por escrito a la Secretaría.

Art. 18—Cuando por ausencia o abstención en las votaciones de la Conferencia no se obtuviere la mayoría requerida en los dos artículos anteriores, el asunto podrá considerarse en una sesión posterior a petición de cualquiera Delegación; y si en ésta continuaran las abstenciones, el asunto quedará aplazado.

Derechos y Deberes de los Miembros

Art. 19—Los Delegados podrán expresarse de palabra o por escrito en su propio idioma; y cuando uno de ellos concluya, él mismo o cualquiera de los intérpretes de la Conferencia, a solicitud de cualquier Delegación, hará inmediatamente, una sinopsis oral de los principales puntos del discurso en el idioma o idiomas que tal Delegación indique. Lo mismo se hará con las observaciones del Presidente o del Secretario.

Art. 20—Ninguna Delegación, por medio de sus miembros, podrá hacer uso de la palabra más de dos veces sobre un mismo asunto, ni más de veinte minutos cada vez. Cualquier Delegado tendrá derecho a la palabra por un tiempo que no excederá de cinco minutos sobre una cuestión de orden, para contestar alusiones personales o para dar las razones de su voto, y el autor de una proposición podrá hablar una vez más sin exceder de veinte minutos.

Art. 21—Cada Delegado puede presentar a la Conferencia su opinión por escrito sobre la materia o punto que se discuta y pedir que se agregue al acta de la sesión en que la presente.

También puede cada Delegación que no esté presente al efectuarse una votación, consignar su voto por escrito, dejándolo o enviándolo a la Secretaría, y, al contarse los votos, se computarán éstos como si la Delegación estuviese presente.

Art. 22—Sólo podrán asistir a las deliberaciones de la Conferencia las Delegaciones con sus respectivos Secretarios adjuntos, el Director o cualquiera otro representante acreditado de la Oficina Sanitaria Panamericana y su Secretario, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y sus

auxiliares, los Secretarios de las sesiones, los intérpretes y taquígrafos de la Conferencia, los representantes de la prensa debidamente acreditados con la aprobación de la Comisión Organizadora y los empleados de Secretaría. La Comisión Organizadora y la Conferencia podrán, sin embargo, por mayoría de votos, exender este privilegio a las personas o representantes de instituciones sanitarias internacionales que tengan a bien designar en carácter de simples observadores.

Cuando alguna Delegación pidiere que una sesión se verifique o continúe en secreto, la proposición del caso se considerará de preferencia y se votará sin discusión. Si fuere aprobada, sólo continuarán en el recinto los Delegados oficiales y los Miembros de la Mesa Directiva de la Conferencia, obligándose a guardar secreto absolute sobre todo lo ocurrido en la sesión.

Al fin de cada sesión, la Secretaría General dará a la prensa, los informes de lo actuado que crea convenientes, a menos que haya sido nombrada, de acuerdo con el artículo 6°, una Comisión de Publicaciones.

Informes y Resoluciones que a ellos se refieren

Art. 23—Los informes de las comisiones y los proyectos y antecedentes a que se refieren, redactados en castellano, portugués, inglés o francés, se repartirán a los Delegados para su estudio en la sesión siguiente, y no podrán someterse a discusión sino en una sesión posterior a aquella en que se hayan distribuido al menos en castellano y en inglés.

Art. 24—Las deliberaciones de la Conferencia se limitarán a las materias contenidas en el programa, salvo que por el voto de las dos terceras partes de las Delegaciones, la Conferencia decida tomar en consideración un nuevo asunto, que, presentado por una Delegación, sea apoyado por otra.

Toda moción sobre un nuevo tema se resolverá sin debate.

Duración de las Sesiones

Art. 25—El número y horario de sesiones serán fijados por la Conferencia. Podrá su número aumentarse ulteriormente en caso de tratarse de la resolución de un asunto de vital importancia y cuando así se vote por las dos terceras partes de las Delegaciones que asistan a la Conferencia.

La sesión de clausura se efectuará tan pronto como se concluya la discusión de todos los asuntos comprendidos en el programa.

Impresión de las Actas

Art. 26—Las Actas aprobadas por la Conferencia serán firmadas por el Presidente y por los Secretarios Generales y se imprimirán en número suficiente para que cada uno de los Delegados reciba cuatro ejemplares. Los originales quedarán depositados en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Firma del Acta final

Art. 27—El penúltimo día de sesiones de la Conferencia se destinará a discutir y aprobar el Acta escrita en castellano, inglés, portugués y francés, en donde constarán las resoluciones y recomendaciones aprobadas por la Conferencia.

El Acta original será suscripta por las Delegaciones, y el Gobierno de la República Argentina enviará copia autenticada a los Gobiernos americanos y a la Oficina Sanitaria Panamericana, dentro de los noventa días siguientes a la clausura de la Conferencia.

Alteración del Reglamento

Art. 28—Este Reglamento se enviará inmediatamente a los Gobiernos americanos, y regirá, en la Conferencia, a menos que se cambie, enmiende o derogue por la Conferencia por dos terceras parte de votos. Toda moción con tal objeto se votará sin debate.

ASUNTOS TRATADOS

- Tema 1°.—Código Sanitario Panamericano. Su ratificación. Estudio de los artículos que hayan motivado reservas o dificultades.
- Tema 2°.—Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea.
- Tema 3°.—Demografía. Bases uniformes para toda América.
- Tema 4°.—Organización Sanitaria. Base "per cápita" para los presupuestos de sanidad.
- Tema 5°.—Asistencia hospitalaria en relación con los Servicios de Sanidad Pública.
- Tema 6°.—Organización de los Servicios de Epidemiología y Profilaxis en los Departamentos de Salud Pública de las ciudades.
- Tema 7°.—Coordinación de los Servicios Sanitarios federales, estatales y municipales.
- Tema 8°.—Enfermedades Tropicales. Creación del Instituto de Medicina Tropical "Carlos J. Finlay."
- Tema 9°.—La Fiebre Amarilla.
- Tema 10°.—El Paludismo. Organización de la lucha antipalúdica.
- Tema 11°.—La Anquilostomiasis en América. Métodos de lucha.
- Tema 12°.—Saneamiento Rural.
- Tema 13°.—La Lepra.
- Tema 14°.—La Peste. Su erradicación de América. Métodos de lucha.
- Tema 15°.—El Tifo Exantemático y otras enfermedades exantemáticas.
- Tema 16°.—La Fiebre Ondulante en América.
- Tema 17°.—La Vacunación Antivariólica. Accidentes postvaccinales.
- Tema 18°.—Ofidismo y Aracnoidismo en América. Descripción de las principales especies ponzoñosas.
- Tema 19°.—Eugenesia. Relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura con la Oficina Panamericana (de la 6ª. Conferencia Internacional Americana).
- Tema 20°.—La lucha contra la Mortalidad Infantil. Protección de la Infancia y de la Maternidad. Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.
- Tema 21°.—La Protección del Niño en Edad Pre-Escolar.
- Tema 22°.—La Higiene Escolar. Organización y reformas.
- Tema 23°.—La Tuberculosis y, en particular, la vacunación antituberculosa. Proyecto de Instituto Panamericano de la Tuberculosis.
- Tema 24°.—La lucha contra las enfermedades venéreas.
- Tema 25°.—Estupefacientes y especialidades farmacéuticas.
- Tema 26°.—El Alcoholismo. Medios más eficaces de lucha.
- Tema 27°.—El Problema de la Alimentación Popular en América. Beriberi.
- Tema 28°.—La Leche. Su producción y expendio en condiciones higiénicas.
- Tema 29°.—Provisión de Agua Potable. Estudio sistemático hidro-geológico del subsuelo americano como fuente de provision. Captación, distribución y depuración. Resultados de los diversos métodos empleados.
- Tema 30°.—Desagües cloacales y tratamiento de los líquidos.
- Tema 31°.—Acción de la Prensa y de los otros Medios de Propaganda, a través de los organismos de salud pública, en la formación de la conciencia sanitaria del pueblo.
- Tema 32°.—La Enseñanza de la Higiene como factor preponderante en el mejoramiento de la salud pública.

PROGRAMA

Lunes, 12 de noviembre

- 10 y 30 horas.—*Sesión preparatoria.* (Presentación de credenciales. Elección de la mesa directiva. Sorteo del orden numérico de las delegaciones.)
15 y 45 horas.—Los delegados e invitados especiales son recibidos por S. E. el Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas.
16 horas.—Los delegados e invitados especiales son presentados al Exmo. Señor Presidente de la República, General Agustín P. Justo.
18 horas.—Solemne *Sesión Inaugural* de la Conferencia en el gran salón de actos públicos del Palacio del Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires.
21 y 30 horas.—Banquete ofrecido por la Comisión Organizadora a las Delegaciones de los países americanos é invitados especiales, en el Salón Imperio del Jockey-Club.

Martes, 13 de noviembre

- 10 horas.—Primera Sesión Plenaria.
16 horas.—Segunda Sesión Plenaria.

Miércoles, 14 de noviembre

- 9 horas.—Reunión de Comisiones.
16 horas.—Tercera Sesión Plenaria.

Jueves, 15 de noviembre

- 9 horas.—Visita al Frigorífico Anglo (Dock Sur).
10 y 30 horas.—Visita al puerto de la ciudad de Buenos Aires. (Organización de la lucha anti-pestosa en la zona portuaria).
16 horas.—Cuarta Sesión Plenaria.

Viernes, 16 de noviembre

- 9 horas.—Reunión de Comisiones.
16 horas.—Quinta Sesión Plenaria.

Sábado, 17 de noviembre

- 10 horas.—Visita al Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene.
13 horas.—Almuerzo criollo ofrecido a los miembros de la Conferencia por el Directorio de las Obras Sanitarias de la Nación en el comedor obrero del Establecimiento "Palermo".
15 horas.—Breves explicaciones de los técnicos de las Obras Sanitarias de la Nación sobre los procedimientos empleados en la República Argentina para la provisión de agua potable y desagües y tratamiento de los líquidos cloacales.
16 horas.—Visita del Establecimiento "Palermo". (Provisión de agua potable a la ciudad de Buenos Aires).

Domingo, 18 de noviembre

- 14 horas.—Paseo fluvial ofrecido por la Comisión Organizadora a los miembros de la Conferencia.

Lunes, 19 de noviembre

- 9 horas.—Reunión de Comisiones.
16 horas.—Sexta Sesión Plenaria.

Martes, 20 de noviembre

- 10 horas.—Visita al Policlínico de la U. P. C. (Organización Médico-Industrial de la Compañía Hispano-Americana de Electricidad.)
16 horas.—Séptima Sesión Plenaria.

Miércoles, 21 de noviembre

- 9 horas.—Visita al Hospital-Sanatorio "Tornú" y Preventorio "Rocca". (Organización de la lucha antituberculosa en la ciudad de Buenos Aires.)
16 horas.—Octava Sesión Plenaria.

Jueves, 22 de noviembre

- 10 horas.—Novena Sesión Plenaria.
15 horas.—Homenaje de las delegaciones de los países americanos al General San Martín, ante la tumba del Libertador en la Catedral Metropolitana de la ciudad de Buenos Aires.

17 horas.—Décima Sesión Plenaria. (Lectura y aprobación del Acta Final de la Conferencia.)

18 y 30 horas.—Solemne *Sesión de Clausura* de la Conferencia en el gran salón de actos públicos del Palacio del Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires.

21 y 30 horas.—Banquete ofrecido por la delegación de la República Argentina a las delegaciones de los países americanos é invitados especiales, en el City-Hotel.

Viernes, 23 de noviembre

19 horas.—*Firma del Acta Final* de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana.

NOMINA DE LOS DELEGADOS

Argentina.....	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro Dr. Miguel Sussini Dr. Juan M. Obarrio Dr. Bernardo Houssay Dr. Pedro Baliña Dr. Alberto Zwanck Dr. Raúl Vaccarezza Dr. Alfredo Sordelli Dr. Manuel I. Battaglia
Bolivia.....	Dr. Casto Rojas
Brasil.....	Dr. Sérvulo Lima Dr. Orlando Rôças
Colombia.....	Dr. Jorge Bejarano Dr. Lucio García
Costa Rica.....	Dr. Solón Núñez
Cuba.....	Dr. Domingo F. Ramos
Chile.....	Dr. Sotero del Río Dr. Eugenio Suárez Dr. Víctor Grossi Dr. Waldemar Coutts
Ecuador.....	Dr. Juan José Samaniego
El Salvador.....	Sr. D. José Villegas Muñoz
Estados Unidos de América.....	Dr. Hugh S. Cumming Dr. Bolívar J. Lloyd Dr. Kendall Emerson
Guatemala.....	Dr. Manuel Arroyo
Haití.....	Dr. Horacio Rubio
Honduras.....	Dr. Manuel F. Rodríguez
México.....	Dr. Francisco de P. Miranda Lic. Francisco Vázquez Pérez
Nicaragua.....	Dr. Rubén Darío
Panamá.....	Dr. Pablo B. Oscamou
Paraguay.....	Dr. Cayetano Masi Dr. Andrés Gubetich
Perú.....	Dr. Carlos Monge Dr. Carlos Enrique Paz Soldán Dr. Luis Vargas Prada
República Dominicana.....	Dr. Max Henríquez Ureña Dr. Osvaldo Loudet
República Oriental del Uruguay.....	Dr. Justo F. González Sr. D. Javier Gomensoro Dr. Rafael Schiaffino
Venezuela.....	Dr. Carlos Diez del Ciervo

REPRESENTANTES E INVITADOS ESPECIALES

Oficina Sanitaria Panamericana.....	Dr. John D Long
Oficina Internacional de Higiene Pública.....	Dr. M. T. Morgan
Fundación Rockefeller.....	Dr. Fred L. Soper
Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.....	Dr. Frank Boudreau

MESA DIRECTIVA

DR. GREGORIO ARAOZ ALFARO.....	.....<i>Presidente</i>
DR. ALFREDO SORDELLI.....	.....<i>Secretario General</i>
DR. ALBERTO ZWANCK.....	.....<i>Secretario General</i>
DR. SÉRVULO LIMA.....	.....<i>Secretario</i>
DR. BOLIVAR J. LLOYD.....	.....<i>Secretario</i>

COMISIONES DE LA CONFERENCIA

Comisión de Redacción, Votos y Resoluciones

- Dr. Orlando Rôças (Brasil)
- Dr. Bolívar J. Lloyd (Estados Unidos de América)
- Dr. Solón Núñez (Costa Rica)
- Dr. Carlos Enrique Paz Soldán (Perú)
- Dr. Francisco de P. Miranda (México)

Comisión del Código Sanitario Panamericano y de la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea

- Dr. Orlando Rôças (Brasil)
- Dr. Justo F. Gonzalez (Uruguay)
- Dr. Manuel I. Battaglia (Argentina)
- Dr. Carlos Diez del Ciervo (Venezuela)
- Dr. Hugh S. Cumming (Estados Unidos de América)
- Dr. Solón Núñez (Costa Rica)
- Dr. Cayetano Masi (Paraguay)
- Dr. Andrés Gubetich (Paraguay)
- Dr. José Villegas Muñoz (El Salvador)
- Dr. Manuel F. Rodríguez (Honduras)
- Dr. Horacio Rubio (Haití)
- Dr. Domingo F. Ramos (Cuba)
- Dr. Rubén Darío (Nicaragua)
- Dr. Juan José Samaniego (Ecuador)
- Dr. Carlos Enrique Paz Soldán (Perú)
- Dr. Pablo B. Ocamou (Panamá)
- Dr. Waldemar Coutts (Chile)
- Dr. Víctor Grossi (Chile)
- Dr. Manuel Arroyo (Guatemala)
- Lic. Francisco Vázquez Pérez (México)
- Dr. Francisco de P. Miranda (México)
- Dr. Max Henríquez Ureña (República Dominicana)
- Dr. Jorge Bejarano (Colombia)
- Dr. Casto Rojas (Bolivia)
- Dr. M. T. Morgan (Oficina Internacional de Higiene Pública)
- Dr. Frank Boudreau (Organización de Higiene de la S. de las N.)
- Dr. John D. Long (Oficina Sanitaria Panamericana)

Comisión de Enfermedades Tropicales

- Dr. Miguel Sussini (Argentina)
- Dr. Carlos Diez del Ciervo (Venezuela)
- Dr. Solón Núñez (Costa Rica)
- Dr. Andrés Gubetich (Paraguay)
- Dr. Domingo F. Ramos (Cuba)
- Dr. Rubén Darío (Nicaragua)
- Dr. Carlos Monge (Perú)
- Dr. Pablo B. Ocamou (Panamá)

Dr. Manuel Arroyo (Guatemala)

Dr. Lucio García (Colombia)

Comisión de Fiebre Amarilla

Dr. Sérvulo Lima (Brasil)

Dr. Rafael Schiaffino (Uruguay)

Dr. Raúl Vaccarezza (Argentina)

Dr. Kendall Emerson (Estados Unidos)

Dr. Cayetano Masi (Paraguay)

Dr. Eugenio Suárez (Chile)

Dr. Jorge Bejarano (Colombia)

Dr. Fred. L. Soper (Rockefeller Foundation)

Comisión de Peste

Dr. Justo F. González (Uruguay)

Dr. Miguel Sussini (Argentina)

Dr. Juan M. Obarrio (Argentina)

Dr. Bolívar J. Lloyd (Estados Unidos de América)

Dr. Cayetano Masi (Paraguay)

Dr. Andrés Gubetich (Paraguay)

Dr. Juan José Samaniego (Ecuador)

Dr. Luis Vargas Prada (Perú)

Dr. Eugenio Suárez (Chile)

Dr. John D. Long (Oficina Sanitaria Panamericana)

Comisión de Enfermedades Venéreas

Sr. Javier Gomensoro (Uruguay)

Dr. Pedro Baliña (Argentina)

Dr. Horacio Rubio (Haití)

Dr. Domingo F. Ramos (Cuba)

Dr. Waldemar Coutts (Chile)

Dr. Francisco de P. Miranda (México)

Dr. Osvaldo Loudet (República Dominicana)

NOVENA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

SESION PREPARATORIA

LUNES 12 DE NOVIEMBRE DE 1934

En Buenos Aires, a los 12 días del mes de noviembre de 1934, siendo las 10 horas, reunidos los señores delegados a la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, en su sala de sesiones del Palacio del Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, bajo la presidencia del titular de la Comisión Organizadora de la Conferencia, Doctor Gregorio Aráoz Alfaro y actuando como secretarios *ad hoc* los Doctores Alfredo Sordelli y Alberto Zwanck, se declara abierta la *sesión preparatoria* de la Conferencia.

El Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, en su carácter de presidente de la Comisión Organizadora, pronuncia el siguiente discurso:

El día de la prueba ha llegado para nosotros, miembros de la Comisión Organizadora. Ojalá encontréis que no hemos trabajado demasiado mal para preparar esta Conferencia. Podéis estar seguros, al menos, de que hemos puesto en la tarea nuestra mejor voluntad.

Debo empezar por agradecer vuestra presencia. Para muchos es un gran sacrificio un viaje como éste; para otros, aunque menos penoso, es siempre una tarea seria y el abandono de las ocupaciones habituales y del calor del hogar.

Agradezco también al Gobierno argentino la confianza que en nosotros ha depositado y la deferencia con que ha recibido nuestro pedidos insistentes; al Honorable Concejo Deliberante Municipal la gentileza con que nos ha cedido, para nuestras sesiones, esta "casa de la ciudad" como quiso que fuera Don José Guerrico; a la prensa de la capital, la inteligencia y el desinterés con que ha secundado la propaganda en favor de la Conferencia.

Empezamos hoy a trabajar y creo, señores Delegados, que debemos hacerlo con todo empeño y toda la perseverancia necesaria para llegar al éxito, para convencer a los que sonríen de estas reuniones, creyéndolas poco menos que inútiles, de que ellas pueden rendir grandes y positivos beneficios cuando son bien dirigidas y a los que sostienen que los latino-americanos ponemos en primer término el esparcimiento y las comodidades y sólo muy en último lugar las fatigas y el trabajo serio, de que somos capaces también de esfuerzos vigorosos y persistentes. Deseo—y espero contar con vuestra aprobación—que demos tremos de modo indiscutible que no buscamos el lucimiento personal ni los aplausos y que procuramos sólo la satisfacción de llegar, después de estudios serios y de debates tranquilos, a conclusiones prácticas y útiles para bien de la humanidad y, en particular, de nuestros pueblos americanos.

Es en este concepto que os pido de antemano disculpas por no haberos preparado fiestas ni agasajos como las que se os han prodigado en otras capitales y en tiempos de mayor abundancia y que, en cambio, os ofrezcamos un programa de trabajos largo y serio. Al final, hemos de quedar cansados ciertamente, pero estaremos también más satisfechos.

Señores: Comenzamos nuestras sesiones bajo el peso de una gran desgracia. Carlos Chagas, el sabio Director del Instituto Osvaldo Cruz de Río de Janeiro, el que en las investigaciones científicas y en la dirección de la Sanidad Pública, fué el digno sucesor de aquel insigne brasileiro, honra del país hermano y de la América toda, acaba de fallecer en plena tarea.

El fué un paladín de la higiene pública y llegó hasta recorrer por años enteros los "sertões" brasileiros, plantando su tienda de campaña en medio de los bosques, para desvelar el secreto de la enfermedad endémica a la que se ha dado justicieramente su nombre.

Creo que el primer acto de esta Conferencia debe ser un homenaje a su memoria. Había pensado proponerlo desde el primer momento, cuando recibí una proposición del Señor Delegado de Guatemala, Dr. Manuel Arroyo, en el mismo sentido.

Pido, pues, a los Señores Delegados, que nos pongamos de pie y dediquemos un minuto de silencio a su memoria y que dirijamos un telegrama de pésame a la familia del extinto y al Instituto Osvaldo Cruz, que con tanto brillo dirigía.

Rendido el homenaje propuesto a la memoria de Carlos Chagas, el Delegado de los Estados Unidos del Brasil, Dr. Orlando Rôças, pronunció las siguientes palabras:

En nombre de la Delegación del Brasil agradezco al Señor Presidente, Dr. Aráoz Alfaro, las sentidas palabras pronunciadas sobre la excelsa personalidad del Prof. Carlos Chagas, que tan infortunadamente acaba de fallecer, así como el delicado y expresivo homenaje que esta docta asamblea le ha tributado.

Confieso, Señor Presidente, que aun bajo una fuerte emoción y con la angustia en el corazón por tan infausto acontecimiento; amigo de los más íntimos que era de Chagas desde los bancos académicos; no tengo, en estos momentos, el espíritu bastante sereno como para hacer, con fidelidad, la brillante biografía de ese sabio brasileño, una de las mayores glorias científicas de mi país en los dominios de la biología, de la patología y de la medicina experimental.

Su vida, siempre laboriosa, rica en enseñanzas por sus constantes esfuerzos en provecho de la ciencia, sin medir nunca sacrificios; por su tenacidad y por el éxito brillante que le acompañara en las actividades que emprendiera; puede —si me lo permitís— ser simbolizada por un fuerte trazo luminoso.

Su muerte ha sido una pérdida irreparable para mi país, pues Chagas se reveló un genio en todas las manifestaciones de su actividad intelectual: En la oratoria, en la cátedra y en los trabajos de investigación científica y de administración sanitaria. Hasta ahora ningún médico brasileño ha obtenido tan grandes distinciones científicas como Carlos Chagas; ni el mismo Osvaldo Cruz. Su gabinete de trabajo en el Instituto Osvaldo Cruz era una afirmación de sus méritos. Orna sus paredes una rica galería de títulos honoríficos, recibidos de los mayores institutos científicos del mundo como premio a sus trabajos, pues su nombre glorioso traspuso las fronteras del Brasil; tan grande fué la proyección de sus triunfos.

En nombre de la Delegación del Brasil, límitome a expresar, a todos los distinguidos miembros de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, nuestro más sincero reconocimiento.

A continuación el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro saluda a los invitados especiales presentes, Dres. M. T. Morgan, de la Oficina Internacional de Higiene Pública; John D. Long, de la Oficina Sanitaria Panamericana y Fred L. Soper, de la Rockefeller Foundation, agradeciéndoles el concurso que han de prestar para el mayor éxito de la Conferencia. Manifiesta que el representante de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, Dr. Frank Boudreau, debido a inconvenientes insalvables, no se incorporará a la Conferencia hasta el día miércoles 14 de noviembre.

Por secretaría se da lectura a un telegrama recibido por la Comisión Organizadora del Presidente de la Oficina Internacional de Higiene Pública, cuyo texto es el siguiente:

Please convey my warmest personal greetings to my colleagues in the American Meeting under your presidency.—Firmado: "Buchanan."

Por Secretaría se da lectura a la nómina de delegados cuyas credenciales han sido presentadas.

(Véase la pág. 19.)

El Delegado de la República de Chile, Dr. Waldemar Coutts, propone, de acuerdo con lo que autoriza el artículo 28° del reglamento, que la Asamblea proceda de inmediato a la elección de las autori-

dades definitivas de la Conferencia. Votada esta moción sin debate y por unanimidad de las delegaciones presentes, queda sancionada.

Firmado por los Delegados de los Estados Unidos del Brasil, Dr. Sérvulo Lima; de la República Oriental del Uruguay, Dr. Justo F. González; de la República de Venezuela, Dr. Carlos Diez del Ciervo; de los Estados Unidos de América, Dr. Bolívar J. Lloyd; de la República del Paraguay, Dr. Andrés Gubetich; de la República de Cuba, Dr. Domingo F. Ramos; de la República del Perú, Dres. Carlos Monge y Carlos Enrique Paz Soldán; de la República de Chile, Dres. Waldemar Coutts, Eugenio Suárez y Victor Grossi; de la República de México, Dr. Francisco de P. Miranda y Lic. Francisco Vázquez Pérez y de la República de Colombia, Dr. Jorge Bejarano, se presenta el siguiente proyecto de resolución:

Las Delegaciones que suscriben proponen en la sesión preparatoria de hoy se aclamen como Presidente y Secretario General permanentes de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, a los Dres. Gregorio Aráoz Alfaro y Alberto Zwanck.

Por aclamación la asamblea sanciona el proyecto de resolución presentado.

El Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, después de agradecer la designación, propone que se designe un segundo secretario general, de acuerdo con lo dispuesto en el reglamento de la Conferencia y dos secretarios más, por así requerirlo la labor que ha de realizar la mesa directiva.

Resultan electos, por aclamación, los Dres. Alfredo Sordelli, Delegado de la República Argentina, para el cargo de secretario general, y Bolívar J. Lloyd, de la Delegación de los Estados Unidos de América y Sérvulo Lima, de la Delegación de los Estados Unidos del Brasil, para el de secretarios.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2° del reglamento se procede a sortear el orden numérico de las delegaciones, con el fin de establecer la precedencia en su colocación y el turno en que, a cada cual, corresponda suplir las ausencias del Presidente. Efectuado el sorteo el orden numérico queda establecido en la siguiente forma:

- 1°. Estados Unidos del Brasil.
- 2°. República Oriental del Uruguay.
- 3°. República Argentina.
- 4°. República de Venezuela.
- 5°. Estados Unidos de América.
- 6°. República de Costa Rica.
- 7°. República del Paraguay.
- 8°. República de El Salvador.
- 9°. República de Honduras.
- 10°. República de Haití.
- 11°. República de Cuba.
- 12°. República de Nicaragua.
- 13°. República del Ecuador.
- 14°. República del Perú.
- 15°. República de Panamá.
- 16°. República de Chile.
- 17°. República de Guatemala.

18°. República de México.

19°. República Dominicana.

20°. República de Colombia.

(Nota: Al incorporarse, en la primera sesión plenaria, el señor Delegado de la República de Bolivia, Dr. Casto Rojas, se asigna a Bolivia el 21° lugar en el orden numérico de las delegaciones.)

A moción del Presidente de la Delegación de los Estados Unidos de América, Dr. Hugh S. Cumming, se resuelve, por unanimidad, que en la sesión inaugural de la Conferencia, se pronuncie un solo discurso en nombre de todas las Delegaciones. A continuación se procede a una votación nominal, en ese sentido, resultando designado el Presidente de la Delegación de la República de Chile, Dr. Sotero del Río.

Igual temperamento se adopta para la designación de los delegados que han de hablar en otros actos oficiales de la Conferencia, resultando elegidos, a tal efecto, el Delegado de la República de México, Dr. Francisco de P. Miranda, para el banquete que ofrece la Comisión Organizadora el 12 de noviembre; el Delegado de la República de Costa Rica, Dr. Solón Núñez, para el almuerzo que será ofrecido por el Directorio de las Obras Sanitarias de la Nación, el 17 de noviembre, y el Delegado de la República de Cuba, Dr. Domingo F. Ramos, para el banquete que ofrecerá la Delegación de la República Argentina, el 22 de noviembre.

Se autoriza a la Presidencia para que, en la primera sesión plenaria, proponga las Comisiones de la Conferencia y los nombres de los señores Delegados que han de integrarlas.

A moción del Delegado de la República del Perú, Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, se resuelve rendir un homenaje ante la tumba del Libertador San Martín, en la Catedral Metropolitana, encomendándose a la Presidencia la organización de ese homenaje.

El Delegado de la República Argentina, Dr. Bernardo Houssay, expresa que en la fecha se realiza en Montevideo un homenaje de Jubileo al Prof. José Scoseria, ex-Presidente del Consejo de Higiene del Uruguay y miembro del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Cree que el Presidente podría dirigirle un telegrama de congratulación. Así se resuelve.

La Asamblea, a moción del Señor Presidente, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, rinde un homenaje a la memoria de los Dres. Mario G. Lebreo, de Cuba, que fué Presidente de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana y João Pedro de Albuquerque, que fuera Director de Sanidad Marítima del Brasil, que participó en los trabajos de la Oficina Sanitaria Panamericana y representó a su país en conferencias anteriores.

Siendo las 11 y 30 horas, se levanta la sesión preparatoria.

SESION INAUGURAL

LUNES 12 DE NOVIEMBRE DE 1934

A LAS 18 HORAS (6:00 P. M.)

Presidida por S. E. el Sr. Ministro de Relaciones Exteriores y Culto,
Dr. CARLOS SAAVEDRA LAMAS.

En el gran salón de actos públicos del Palacio del Honorable Consejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, se realiza la solemne sesión inaugural de la NOVENA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, conjuntamente con la de la SEGUNDA CONFERENCIA PANAMERICANA de EUGENESIA y HOMICULTURA, el día 12 de noviembre de 1934, a las 18 horas, con la asistencia del Excelentísimo Señor Presidente de la República Argentina, Ministros del Poder Ejecutivo de la Nación, Cuerpo Diplomático extranjero, miembros del gobierno de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, altos funcionarios de la administración, representantes de la Universidad de Buenos Aires, de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Academia Nacional de Medicina, de los organismos sanitarios nacionales y comunales, de las instituciones de Asistencia Social y de un numeroso y calificado público.

Los señores Delegados de los países americanos, los invitados especiales y los miembros de la Comisión Organizadora de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, ocupan, en el recinto, un lugar especialmente reservado para ellos, frente al estrado. A la derecha de éste, se halla el Cuerpo Diplomático y a la izquierda, los altos funcionarios de la administración nacional y comunal.

Ocupan los sitiales del estrado el Excelentísimo Señor Presidente de la República Argentina, General Agustín P. Justo; el Excelentísimo Señor Ministro del Interior, Dr. Leopoldo Melo; el Excelentísimo Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas; el Excelentísimo Señor Ministro de Justicia e Instrucción Pública, Dr. Manuel de Iriondo; el Señor Ministro de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, S. E. el Dr. Eduardo Blanco Acevedo; el Secretario de Estado en el Departamento de Salud Pública de la República de Costa Rica, S. E. el Dr. Solón Núñez F.; el Excelentísimo Señor Arzobispo de Buenos Aires, Monseñor Santiago Luis Copello; el Presidente del Honorable Consejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Fortunato Zabala Vicondo; el Presidente de la Comisión Organizadora de la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, Dr. Raúl Cibils Aguirre y el Presidente de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, preside la Asamblea el Excelentísimo Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación Argentina, Dr. Carlos Saavedra Lamas. Actúa como Secretario General, el Dr. Alberto Zwanck.

Inició el acto S. E. el Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas, quien comenzó expresando que le era muy grato, en nombre del gobierno y pueblo argentinos, presentar su saludo de bienvenida y la expresión de su homenaje, a los representantes de los distintos países de América que venían a realizar en Buenos Aires la Novena Conferencia Sanitaria Internacional de nuestro continente y la Segunda Panamericana de Eugenesia:

Es ésta, sin duda, entre las creaciones del panamericanismo una de las más fecundas y más bellas. No tiene un carácter político en el sentido común de la palabra, porque no se refiere a la lucha de pasiones e intereses. Lo es tan sólo en el sentido aristotélico, que reputa la política como el arte y la ciencia del Estado, comprendiendo vastos problemas de interés colectivo, desinteresado y abstracto, cuya consideración es el primer deber de los gobiernos.

Es por eso que la obra sanitaria, higiénica, aparece vinculada a las primeras conferencias panamericanas, traduciéndose ya en 1887, en la convención sanitaria firmada entre el Uruguay, el Brasil y la Argentina, para continuar unida a ellas, hasta la última de Lima. Sería prolijo señalar en este instante toda la obra que este esfuerzo del panamericanismo ha realizado y que fué sintetizado en la Conferencia de La Habana, por el eminente Delegado argentino que presidirá vuestras deliberaciones. Regiones enteras, principalmente en las partes tropicales, depuradas de sus condiciones nocivas para el trabajo humano y reintegradas a su fertilidad y a su aptitud para la labor productiva; una profunda evolución, en grandes zonas de América, saneadas y transformadas en campos de segura acción; el Brasil y México libres del terrible azote de la fiebre amarilla y en condiciones perfectas para ofrecer al extranjero su sueldo privilegiado; urbes grandiosas con todos los adelantos y garantías de la higiene moderna, son el fruto de poderosos esfuerzos sanitarios, como el realizado en Panamá y Puerto Rico, por el benemérito Instituto Rockefeller.

Pero la multiplicidad de las convenciones en el derecho internacional moderno es un grave problema. Ante todo es necesario que sean debidamente ratificadas por los parlamentos, por que si no, ha dicho un autor, ciertos organismos o conferencias se parecen a algunas fábricas que aumentan sus productos en "stock", sin poder venderlos en el mercado.

Es además indispensable que en cada país se dicten leyes internas cumpliendo los postulados que cada convención implica. Es en este sentido que el Gobierno argentino puede ofrecer a los señores Delegados, una demostración concreta del respeto y la consideración que tiene por los fundamentales problemas que serán materia de sus deliberaciones. Hace un año y tres meses se reunían en este mismo local los miembros de la primera Conferencia de Asistencia Social, realizada en Buenos Aires, a iniciativa del ministerio a mi cargo. En sus 36 sesiones trabajaron con intensa labor nuestros médicos y hombres de ciencia especializados en estas materias, y que por su competencia y su autoridad científica y moral son para la cultura argentina un motivo de orgullo legítimo. La síntesis de esas deliberaciones fué un proyecto de ley de asistencia y previsión social, que está ya a la consideración del H. Senado, que es de esperar sabrá percibir la superioridad de un plan definitivo, sistemático e integral sobre las iniciativas parlamentarias accidentales. Once de sus capítulos contienen un código sanitario en que están las normas y los procedimientos más modernos de nuestro país y de las naciones extranjeras, para combatir las epidemias y las enfermedades, sobre las que los representantes aquí acreditados, traen sus juicios y experiencias nacionales. Es que hemos llegado a establecer el principio fundamental, de que el Estado, que constitucionalmente reconoce a todos los habitantes el derecho de trabajar, tiene el deber de reglamentar las condiciones del trabajo, para que éste no sea una mercancía, y para que el hombre inválido o sobrecargado de años, no se encuentre en la miseria, ni en el desamparo. En las horas actuales difícil es soñar en la eficacia

de los grandes acuerdos universales, ante la ruptura de la cooperación de la interdependencia. Creo que en el gran conjunto, las entidades continentales, tendrán que acutarse, dividiendo y clasificando el derecho público, las relaciones del comercio y de la economía.

Tendremos que afianzar en todos los órdenes, la vida propia y la personería de nuestra entidad americana; tendremos que reunir en nuestras manos, los hilos rotos y dispersos, afianzando nuestra posición propia y aprovechando los privilegios que nuestro territorio ofrece, para una cooperación genuinamente panamericana, para nuestra ayuda propia y nuestra solidaridad continental. El gobierno argentino tiene a este respecto convicciones profundas y rumbos bien definidos. Para servirlos contribuyó en la Séptima Conferencia Panamericana de Montevideo, a aventar en el horizonte del nuevo mundo la telaraña absurda de la desconfianza que perturba nuestra recíproca comprensión. Ha convocado para dentro de breves meses una conferencia comercial que se reunirá en esta ciudad, invitando a todos los países de América a estudiar la forma de facilitar su intercambio y estrechar su cooperación, creyendo que a todos nos conviene fortalecer una gran unidad económica en que viven doscientos millones de seres humanos, explorando por primera vez la posibilidad de reemplazar para nuestras producciones típicas, con mercados propios, la clausura de los europeos. Esta Conferencia integra, pues, con bases fundamentales, mejorando las seguridades sanitarias que ofrecen nuestros países, aquel plan fundamental.

Señores Delegados, la superioridad de vuestras preocupaciones, puramente humanitarias y científicas, os harán contemplar, a medida que desenvolváis vuestros trabajos, el escenario de nuestra América, como observándolo desde una altura.

Veréis a lo lejos las sociedades políticas que la pueblan, en las variedades de su topografía; la multitud hormigueante de los hombres en el tráfigo de sus afanes y tareas; y en muchos casos sentiréis en vuestras manos, en la eficacia y difusión de vuestros métodos científicos, el secreto de que dependen esas vidas y las condiciones en que mejor pueden realizar sus destinos esas colectividades.

He ahí la nobleza de la ciencia sanitaria, de la higiene social, de la medicina preventiva. Corresponderá a vuestras investigaciones penetrar en el misterio de los gérmenes maléficó, de los insectos trasmisores, de las emanaciones nocivas, para develar—en los valles o en las aguas engañosas—el peligro oculto y la amenaza latente. Vuestra misión pública es en cierto modo de tutela paternal, despertando el instinto de defensa de la salud humana sobre la incuria o la ignorancia, estimulando al Estado para reparar sus olvidos. Podéis iniciar vuestros trabajos en la seguridad de que serán profucos. Oiremos vuestros consejos; recogeremos los frutos de vuestra experiencia y cuando todos los gobiernos aquí representados, vinculados por convenciones sanitarias, que ya son imperativas, emprendan las obras que declararéis indispensables y la acción sistemática que dejaréis prescripta, tendréis la satisfacción de haber cumplido todo un inmenso continente, en sus condiciones de atractivo y seguridad, para el mejor vivir de los hombres, ofreciéndolo a las corrientes tumultuosas del mundo occidental para renovar su civilización antigua.

Bajo esos auspicios queda inaugurada la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana.

Habló luego el Señor Ministro de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, S. E. el Dr. Eduardo Blanco Acevedo, llegado expresamente, en representación del gobierno de su país, para asistir a la ceremonia inaugural:

Me es doblemente grato participar en los trabajos de esta Conferencia, que viene a continuar la obra de solidaridad americana en defensa de la salud de los pueblos y que permite también a numerosas delegaciones reunirse en la ciudad de Buenos Aires, que sigue una vez más sus tradiciones de hospitalidad cordial y generosa.

Hay en el programa de esta Conferencia temas de gran importancia técnica en la búsqueda de fórmulas eficaces para asegurar la solidaridad de las naciones americanas mancomunadas en un esfuerzo de ciencia para la defensa sanitaria, pero hay también altos ideales inspiradores que ejercen su acción tutelar. Esos ideales ponen la vida de los hombres y la felicidad de los pueblos por encima de todo, siguiendo una ley de armonía, como una religión que nos une todas las conciencias; la religión de la humanidad.

Mientras la vida invencible lucha contra la muerte invencible, mejorar las condiciones de bienestar del pueblo es un vehemente propósito de las democracias.

En estas horas inciertas de la humanidad, en que los hombres y los pueblos buscan su deber obscuro, es consolador que los países de América, por medio de sus calificados representantes, se reúnan a discutir, ligados por el círculo de la verdad científica que debe unir a todas las naciones, la manera de asegurar a los pueblos del continente la defensa de su salud, que constituye, en gran parte, su capital actual y las fuerzas y el vigor de lo futuro.

Consideramos en mi país que la solución acertada de los problemas de salud pública, constituye uno de los fines principales de un Estado moderno.

Al crear el Ministerio de Salud Pública, al incorporarlo con máxima jerarquía a los órganos del gobierno nacional, al centralizar y racionalizar todos los servicios de profilaxis, de higiene y de asistencia, proseguimos un vasto plan que tiene por finalidad última contribuir al bienestar social. Por eso me interesa profundamente toda actividad tendiente a idéntico objetivo y seguro estoy que de los trabajos de esta sabia asamblea, han de surgir directivas y sugerencias apropiadas y felices para el común.

El Gobierno de la República del Uruguay no ha querido faltar a esta cita de solidaridad continental y, sin perjuicio de mandar sus delegados que participarán de vuestros trabajos, ha querido, por mi intermedio, adherirse de modo especial a esta Conferencia. Os traigo, pues, sus saludos y sus augurios.

Pasó luego a ocupar la tribuna S. E. el Señor Secretario de Estado en el Departamento de Salud Pública de la República de Costa Rica, Dr. Solón Núñez:

Y Argentina habló a la América por boca de uno de sus más preclaros varones: Muy bellas son nuestras montañas; soberbios nuestros ríos; magnífico nuestro cielo. Pero no es la magestad de las montañas, ni el plata de los ríos, ni el azul del cielo lo que forman la nacionalidad, ni siquiera logran formarla la pujanza del suelo ni el oro de sus entrañas. La nacionalidad la constituyen los hombres que pueblan esta tierra, y que han sido, y serán los hacedores de su riqueza, de su civilización y de sus prestigios.

Y Argentina abrió los brazos, largos como ríos, a la inmigración extranjera; estimuló y protegió la propia, y dió al mundo el espectáculo singular de esta regia ciudad de Buenos Aires, honra del Continente y orgullo de la raza, que ayer no más contara con cien mil habitantes y hoy dos millones de ciudadanos, fundidas sus aspiraciones en el crisol de su escuela admirable, ponen pensamiento, alma y acción en el regazo de la bandera blanca y azul.

El enunciado de Alberdi, que no es sino la ideología de Rivadavia y de Sarmiento cristalizada en forma matemática, debía inspirar años luego el concepto de que si gobernar es poblar, poblar es sanear: saneamiento de la tierra; saneamiento del hombre en materia y en espíritu.

A qué evocar Panamá y la Campiña Romana y el Mediodía de los Estados Unidos, lugares todos donde un himno a la vida ha reemplazado los ayes de desolación y muerte, si aquí en pequeño y bajo la mirada, está el bellissimo Parque de Palermo, pulmón de la ciudad, con sus calles asfaltadas, sus residencias magníficas, sus fuentes bulliciosas, y sus flores, y sus pájaros y sus niños? Ante la oposición para realizar el Parque de Palermo, fundada en que aquellas eran tierras pantanosas, Avellaneda contestó: "Justamente porque lo son, hay que hacer de ellas un lugar saludable y ameno." Saneamiento de los individuos, poniéndoles en condiciones físicas de luchar con éxito en el diario y rudo bregar, saneamiento espiritual, "prendiendo en las almas, como dice Paz Soldán, la chispa del ideal, y alzándolas sobre la vulgaridad cotidiana a fin de que sientan las emociones del bien," y permitaseme agregar, de la verdad, de la justicia, en un ansia no interrumpida de superación.

Poblar, educar, fueron orientaciones que esta tierra de varones ejemplares señaló al Continente.

Durante cincuenta años, la higiene ha sido preferentemente lucha contra los gérmenes específicos de las enfermedades. Los diferentes congresos habidos en el mundo han tenido como ideario casi exclusivo, la defensa del hombre y de las sociedades contra las causas inmediatas de enfermedad y de muerte. Sin dejar en manera alguna de enfocar el problema de la conservación de la salud desde tal punto de vista, conviene entornar los ojos hacia aquel otro aspecto contemplado ya por Pasteur, cuando decía que en la génesis y evolución de las enfermedades juegan igual o parecido papel la semilla y el terreno; el agente animado y el sujeto. Por qué en un mismo ambiente unos individuos adquieren la tuberculosis, por ejemplo, y otros no?; por qué entre los primeros

unos son víctimas tempranas de la enfermedad y otros paran el golpe?; por qué una misma enfermedad no se ensaña por igual en todos los sujetos? Aparte ciertos factores ligados al medio geográfico: clima, humedad, presión; aparte factores biológicos individuales: herencia, inmunidad natural o adquirida, hay un hecho vulgar que influye en la recepción y proceso de las enfermedades: es la bien conocida menor resistencia del organismo en virtud de una alimentación insuficiente; de la vivienda malsana; de la carencia de abrigo; de la fatiga no compensada del cuerpo y del espíritu; de la ignorancia de los más elementales hábitos de higiene personal; de la falta de estímulos generosos que inviten a la vida, y la sobra de preocupaciones que la entenebrecen y acortan.

Las crisis económicas se reflejan en seguida en la curva de mortalidad y morbosidad aún de enfermedades que no parecieran estar tan directamente influenciadas por ellas. Y no nos dice la brillante delegación estadounidense que la neumonía ha descendido no en virtud del progreso de la terapéutica, sino como consecuencia del mejoramiento de las condiciones de vida del país? Y Stiles no constata que en una misma zona, la intensidad y gravedad de la anquilostomiasis está en razón directa de la pobreza de los moradores? Y que se diría, entonces, de la tuberculosis, la enfermedad más influenciada por la alimentación, la vivienda, el estado del espíritu y la higiene personal? Y cuando se repite la clásica frase de que no hay enfermos sino enfermedades, no se está pregonando la supremacía del status orgánico en el proceso y modalidad de las dolencias?

El Estado no es ya más exclusivamente gendarme, de acuerdo con la vieja concepción de Kant. El Estado tiene numerosas otras funciones, consideradas ayer como accesorias y tenidas hoy como atributos inherentes a la vida del Estado.

El mejoramiento del estándar de la vida de los ciudadanos no es cosa que puede encomendarse al azar, sino algo que reclama la intervención directa, constante e inteligente del Estado. Loda sea esta Novena Conferencia, si de su seno brotan nuevas iniciativas que sirvan de estímulo a los gobiernos para proseguir la obra de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. Bien hacen los gobiernos en dar facilidades a los deudores de los bancos del Estado para que éstos conserven sus propiedades; y en dictar medidas para impedir el acaparamiento de tierras; y en legislar sobre el salario mínimo; y en alistarse para actuar resueltamente en materia de seguros, campo virgen todavía. Sin la satisfacción de las necesidades primordiales del individuo, el andar de la bella Higiene será siempre claudicante.

Todos los días se forman instituciones cuya intención es altamente generosa, pero que muy pronto degeneran en instituciones burocráticas, cuyo sostenimiento exige el aumento de impuestos. Yo no sé hasta qué punto valga la pena ampliar el número de organismos dichos de defensa social, si para mantenerlos precisa encarecer la vida. A la larga, ello conduce a aumentar los huéspedes de los hospitales y sanatorios; equivale a enfrascarse en las oscuridades de la medicina terapéutica, dejando de lado el campo despejado de la medicina preventiva. Comenzar, por ejemplo, la lucha contra la tuberculosis con el dispensario y el sanatorio, es comenzarla demasiado tarde.

Costa Rica aceptó complacida la invitación que se le hiciera para venir aquí. Rige los destinos de mi patria un hombre eminentemente comprensivo de los minutos que la humanidad vive. Las naciones no pueden encerrarse, por fuertes que sean, dentro del marco de su propia individualidad. Aunque diferente en los detalles, es para todas uno mismo el camino a recorrer. Es el camino que conduce a la mayor suma de bienestar social dentro de la más absoluta autonomía. La higiene no es solamente política, sino alta política. Ningún gobierno sabría mirar con indiferencia sus problemas que son los problemas vitales del país. Es en las puras fuentes de la salud donde el hombre bebe a grandes sorbos la confianza en sí mismo; la capacidad para el trabajo; deseo de servir; la devoción por el hogar y la patria; su ansia infinita de paz y libertad.

Además, el Congreso se celebra en la Argentina, país por el cual siente el nuestro admiración y simpatía profundas. Costa Rica, como el resto de América, tiene contraída con esta República una inmensa deuda, deuda espiritual y por lo tanto sólo pagable con moneda del espíritu, con gratitud. Si el gran Hipólito Unánue tiene derecho a ser aclamado como padre de la medicina americana, es un argentino, es Sarmiento, el apóstol de la cultura del Continente. La mentalidad argentina ha sido quizá la más abierta a las corrientes renovadoras de fuera, hasta formar su propia y gallarda arquitectura cultural, que generosa ha irradiado a los países de la latinidad americana. Del rico ideario argentino sacó buen provecho la patria mía. Nuestra

ley general de educación que democratiza la escuela declarándola laica, gratuita y obligatoria, fué inspirada en la similar vuestra. Para apreciar la magnitud de tal progreso, es preciso llevar el pensamiento doce lustros atrás, en que las ideas vivían acogotadas por la fuerza de la tradición y de los prejuicios políticos, sociales y religiosos. Y el alado entusiasmo de Sarmiento en favor de la escuela, llegó a mi patria y la saturó de firme optimismo. Levantar una escuela dondequiera que haya un grupo de niños, ha sido la preocupación fundamental de todos nuestros gobiernos. El renglón de educación ocupa el primer lugar en el presupuesto nacional. Mientras que en la Cartera de Guerra, que nosotros llamamos Seguridad Pública, el gasto anual per cápita es de ¢ 0.84, el de educación oficial es de ¢ 8.21. Y aún la misma independencia de los países centroamericanos, llegada sin sangre ni dolor, obra fué, si no del filo de la espada, del reflejo del acero en manos de Hidalgo y de Morelos, de Bolívar y San Martín.

Evocar, es una manera de agradecer, y Costa Rica os evoca en forma pura y sincera: quinientas voces infantiles, en ritmos que brotan del corazón, entrelazan a diario en la Escuela República Argentina, edificio de recia y moderna arquitectura, las notas apacibles del himno de Costa Rica con las marciales notas del himno de vuestra patria. Permitidme que os trasmita el saludo cordial de la más exigua de las repúblicas del continente; de 600,000 habitantes distribuidos en 50,000 kilómetros cuadrados de tierra fecunda, profusamente irrigada, que el sol mimica con lo mejor de sus rayos, sin sofocarla jamás; y el saludo cordial de su mandatario, don Ricardo Jiménez Oreamuno, tres veces Presidente de la República, y cuya personalidad, como decía el ilustre rector de la Universidad de La Plata, don Joaquín V. González, al hablar de Sarmiento, "es como la corteza del árbol que se adapta a todas las edades y crece y se vigoriza con el tiempo."

A continuación, el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, Presidente de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, pronunció el siguiente discurso:

Cumplimos hoy, con un retardo que es sólo imputable a circunstancias fortuitas, el compromiso de honor contraído por el país en 1927, en la Conferencia de Lima, al aceptar la designación de Buenos Aires para la reunión futura. Retardo que habría podido perjudicar la continuidad de los trabajos sanitarios emprendidos en nuestros diversos países con un alto espíritu de solidaridad americana, si no hubiera sido salvado con acierto por la Oficina Sanitaria Panamericana, que es nuestro vínculo constante y nuestro organismo permanente de acción, con la convocación de la Segunda Conferencia de Directores de Sanidad que se realizó en Washington en abril de 1931 y en la que, aparte de muchos trabajos importantes, acordamos lo principal del programa para la Conferencia que hoy abrimos.

La distancia de siete años, en vez de tres, con que se reúne la Conferencia que inauguramos, nos permitirá quizá una mejor perspectiva para observar el camino recorrido por la Sanidad y la Higiene en nuestra América, si bien, desgraciadamente, las dificultades económicas por que han atravesado casi todos nuestros países, no nos han permitido proseguir con el ritmo rápido que habríamos deseado, el movimiento progresivo que estaba en pleno desarrollo.

Con todo, campañas de gran importancia se han cumplido en ese tiempo, tales como la extinción del nuevo y grave brote epidémico de fiebre amarilla en Río de Janeiro, campaña ardua y larga llevada a cabo con gran energía por el gobierno y la sanidad del gran país vecino, que ha probado una vez más que subsiste allí en los hombres nuevos el espíritu del insigne Osvaldo Cruz y la decisión inteligente del gran gobernante Rodrigues Alves, que supo sostenerlo en las luchas violentas que hubo de librar aquél para llegar al ansiado saneamiento.

Por lo demás la Fundación Rockefeller, cuya acción benéfica para América y para el mundo entero nunca podremos agradecer bastante, ha proseguido en todo nuestro continente—y hasta en Africa—la lucha tenaz en la que viene empeñada desde hace años y que ha de continuar hasta la extinción absoluta de la fiebre amarilla.

De gran importancia han sido también los trabajos perseverantes realizados en toda la costa del Pacífico y, en particular en Panamá, Ecuador y Perú, para extinguir diversas enfermedades transmisibles, y muy especialmente la peste, que era antes un terrible azote para la vida y para los intereses del intercambio comercial en aquellas dilatadas y ricas regiones y que hoy puede considerarse prácticamente desaparecida. Es bien sabido que estos trabajos se han hecho con la colaboración inmediata y a menudo bajo la dirección de funcionarios de

la Oficina Sanitaria Panamericana. Dos de ellos, y precisamente de los que han prestado y siguen prestando los más eminentes servicios en esta campaña, están aquí presentes como delegados: los Dres. Bolívar J. Lloyd y John D. Long, a quienes, como al Dr. Federico Soper, jefe de los servicios de fiebre amarilla de esta parte de América, que representa en nuestra Conferencia a la Institución Rockefeller, me es grato expresarles el testimonio de mi admiración como higienista y de mi reconocimiento como ciudadano de América.

Sus observaciones, su larga experiencia y los resultados que de ella han de comunicarnos, nos serán a todos de gran utilidad para proseguir la defensa contra esos males cuyas causas y modo de evitarlos están perfectamente esclarecidos y para cuya extinción sólo faltan recursos suficientes en manos de una dirección técnica particularmente competente y enérgica, y perseverancia de los gobiernos.

En todos los países de nuestro continente ha proseguido también con más o menos intensidad, porque las dificultades económicas han sido en general grandes, la lucha contra el paludismo, la anquilostomiasis, la lepra, las enfermedades tropicales. Y sobre todos esos asuntos la experiencia de los que han hecho más ha de servir a los otros, rezagados o menos ricos, para escoger y aplicar los métodos más eficaces y más económicos de lucha. En esto, como en todas las cuestiones sanitarias, la colaboración de los hombres más capacitados de América se establece en estas nuestras reuniones periódicas y se prosigue después gracias a las vinculaciones personales que en ellas se establecen y a la acción permanente de la Oficina Sanitaria Panamericana, a cuyo Presidente y directores aquí presentes expreso también el reconocimiento de todos los higienistas y funcionarios de América, cuyos sentimientos estoy seguro de interpretar fielmente.

Por lo demás, nos queda mucho por hacer en todas partes en materia de higiene y sanidad para asegurar a todas las poblaciones el agua de bebida pura y sana; la leche y todos los alimentos en condiciones óptimas de higiene, el alejamiento y la destrucción de los residuos, la protección eficaz de la infancia y de la maternidad, la higiene del niño en los diversos períodos de la vida y particularmente en la edad preescolar y en la escolar, y para triunfar en toda la línea sobre las enfermedades sociales: la tuberculosis, las afecciones venéreas, el alcoholismo, las toxicomanías, etc.

En muchos de esos asuntos tenemos felizmente una hermana mayor, que es para los demás ejemplo y guía, como lo ha sido en nuestras instituciones políticas y jurídicas: los Estados Unidos de América. En casi todos los órdenes de actividad sanitaria, de previsión y de asistencia, la gran República del Norte en la mayoría de sus Estados, ha realizado adquisiciones tan hermosas, progresos tan grandes, que su colaboración en nuestra obra conjunta tiene que sernos de un valor inapreciable.

Por lo demás, la cooperación cada día más estrecha entre las naciones, la facilidad y continuidad con que hombres de ciencia y funcionarios sanitarios cambian entre sí datos, observaciones y opiniones, es una de las hermosas características de la hora actual, porque perfecciona y amplifica el trabajo de cada uno.

Esa colaboración constante, diligente y amistosa no sólo entre nuestros países de América, sino también con los principales de Europa y aún de Asia, Africa y Oceanía, que se ha hecho norma constante en la Oficina Internacional de Higiene Pública de París y en la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones nos indemniza un poco del estado de malestar, de prevenciones y aún de espíritu bélico que, por desgracia, subsiste aún en varios pueblos de la tierra, y nos sostiene en la esperanza de que podemos llegar alguna vez a la paz y a la concordia universales.

El Código Sanitario Panamericano, sancionado en la VII Conferencia de la Habana, modificado en la de Lima, ratificado por casi todos los gobiernos del Continente y próximo a serlo por el nuestro, es como la Convención Sanitaria Internacional de París, que liga a la mayoría de las naciones civilizadas, un instrumento eficiente de esa colaboración permanente.

De otro convenio análogo tenemos que ocuparnos ahora, la Convención Sanitaria de Navegación Aérea, que ya discutimos en proyecto en la Segunda Conferencia de Directores de Sanidad y que, firmada por 33 países, sería de desear fuera ratificada por los que faltan, en buena parte representados aquí.

Señores Delegados: Os agradezco que hayáis venido de todas las capitales de América a trabajar con nosotros en esta obra de bien, y por vuestro intermedio y el de los señores Embajadores y Ministros plenipotenciarios aquí

presentes, agradezco a vuestros gobiernos la confianza que han demostrado en nosotros al imponeros con ese objeto un viaje largo y molesto y al imponerse a sí mismos la privación de vuestros servicios y consejos inmediatos y las expensas que tales comisiones entrañan.

Y el reconocimiento debe ser particular para vosotros, colegas de Norte y de Centro América que os habéis impuesto sacrificios mayores, haciendo viajes dilatados y fatigosos, volando aún algunos, días enteros, con peligro de vuestra propia vida, desde la gloriosa capital del imperio azteca, desde la hermosa tierra de José Martí y desde los pueblos que fueron la cuna y el principal centro de acción de aquel genio fulgurante que se llamó Simón Bolívar.

Expreso asimismo mi reconocimiento a la Oficina Internacional de Higiene Pública, a la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y a la Fundación Rockefeller, que han accedido gentilmente a nuestra invitación, enviándonos en calidad de observadores, asesores cuya opinión y cuyos estudios han de sernos de gran utilidad para las resoluciones que hayamos de tomar.

En fin, no podría dejar de presentar nuestra particular expresión de gratitud al señor Ministro de Salud Pública del Uruguay, que a más de enviarnos una delegación de cuya colaboración tanto esperamos, ha querido venir en persona a traernos con su presencia el testimonio del interés que él, su gobierno y su pueblo, siempre en primera fila en las lides del progreso, tienen por el éxito de la Conferencia que hemos organizado y la afectuosa vinculación que une tan cordialmente nuestros dos países hermanos.

Al reunirnos aquí hemos contraído todos la obligación de trabajar empeñosamente por que en nuestros países la vida humana alcance la plenitud de vigor, de salud y de felicidad que ha conquistado en los países más adelantados, y de superar aún, si es posible, los éxitos alcanzados por los últimos. Nuestro Continente tiene, en efecto, las tierras más hermosas y más feraces del mundo; sus productos son capaces de mantener mejor aún que en el viejo mundo masas de población muy superiores a las que hoy tenemos.

Empero, para conseguir los éxitos que ambicionamos, tenemos que dejar de contar con los dones de la naturaleza y aprender a esperar lo todo de nuestros propios esfuerzos. Nuestro gran pensador Alberdi lo expresó ya claramente hace muchos años al combatir esa tendencia latinoamericana a confiar demasiado en las riquezas naturales: "La América del Sur funda todo su orgullo y su esperanza de grandes destinos en lo fértil de su suelo y lo hermoso de su clima. Es un grande error. El suelo pobre hace al hombre fuerte, porque su pobreza obliga al hombre a ser hijo de sus esfuerzos y de sus obras.

Y parafraseando ese pensamiento, he dicho yo mismo alguna vez: "La riqueza no está en el suelo. Está en el hombre que labora el suelo."

Riqueza de esta riqueza primordial de los pueblos—el hombre—que tenemos los médicos e higienistas que cuidar, no sólo para salvarle al nacer y en la edad temprana, de todos los peligros que le acechan, sino también para que crezca después sano y vigoroso, a fin de asegurar a sí mismo la mayor felicidad posible sobre la tierra y a la colectividad el máximo de rendimiento social. Es ésta la verdad esencial de que tenemos que convencer a todas las clases sociales y en particular a los hombres públicos y a los gobernantes, para que nos ayuden con decisión en la empresa de mejorar la salubridad de nuestra América.

Cuánto es posible hacer con la higiene y la medicina preventiva modernas está puesto en evidencia por la ganancia considerable que en longevidad y en salud ha hecho la humanidad en los países que mejor han trabajado para cuidar la planta humana. El niño que viene al mundo en la Inglaterra contemporánea vivirá en término medio 20 años más que su abuelo. En Nueva York, de 1910 a 1930, la vida media se ha acrecentado nueve años. La longevidad media era de 31 años en Inglaterra de 1838 a 1854; de 43, 45, y 46 años, de 1871 a 1900. Desde entonces aquí ha ido sucesivamente aumentando desde 50 a 59 años. En Estados Unidos era de 49 años en 1900, 51 en 1910, 55 en 1920, 60 en 1931. No puedo dar el término medio de nuestros países latinoamericanos, pero ciertamente la longevidad es en éstos muy inferior a las que acabo de citar.

La mortalidad general, que en curso del primer tercio del siglo XIX pasaba del 30 por mil en todos los países, ha bajado en los últimos años alrededor de 10 a 11 por mil en la mayoría de ellos, pero aún quedan desgraciadamente naciones americanas en que pasa de 15 y aún de 20 por mil.

La mortalidad infantil, que alcanzaba en nuestra ciudad a 30 por ciento hace medio siglo, a 17 por cien hace aún 30 años, ha bajado ya a 8, 7 y a un

poco menos en los últimos años, pero desgraciadamente, aún tenemos provincias en que sube al doble y al triple y en algunas naciones americanas pasa aún esta proporción, mientras que ya en Holanda y Nueva Zelandia ha bajado hasta la mitad próximamente de la cifra de Buenos Aires.

No quiero abusar de cifras numéricas para mostrar con cuanta rapidez se han conseguido triunfos tan rotundos en los países que se han puesto a la obra con energía y con decisión. Para nosotros, higienistas, es naturalmente inoficioso insistir en ejemplos semejantes. Si los he dado es solamente para mostrar a los hombres de gobierno y el público en general el rendimiento casi fantástico que las campañas de higiene y salubridad producen.

Por lo demás, en América abundan los ejemplos de los éxitos portentosos que pueden obtenerse cuando bajo una dirección técnica competente se aplican todos los recursos necesarios a la lucha contra la enfermedad y la muerte. El saneamiento de Cuba, hecho por el inmortal Gorgas, después de la confirmación por la Comisión Americana que presidió Reed de la teoría del gran cubano Finlay; el de Panamá, realizado también por Gorgas, y el de Río de Janeiro, por el insigne Osvaldo Cruz, son un timbre de honor para la ciencia y para el poder americanos, y un modelo que todos debiéramos tener constantemente ante los ojos.

El espíritu de esos grandes americanos, como el de sus principales colaboradores y émulos en otros países: Agramonte, Liceaga, Carlos Chagas, Coni, Penna, está presente en nuestras reuniones e inspirará nuestros trabajos. El ideal de grande y noble americanismo que animó a nuestros libertadores Bolívar, San Martín, Sucre, que inspiró después a Monroe, a Henry Clay, James Blaine y Quintino Bocayuba, Mitre, Alberdi, Sarmiento, Ruy Barbosa, Rodó, es también el que nos alienta y nos fortifica en la acción, pero nuestro americanismo no encierra por cierto ni hostilidad ni siquiera prevención contra el viejo mundo. Al contrario, la mayor parte de nuestros países latinoamericanos somos principalmente deudores de nuestra cultura científica, literaria y artística a las naciones europeas. En materia sanitaria, ya lo he dicho, trabajamos unidos los hombres del mundo entero. Nunca se vió mejor que hoy las ventajas e importancias de esa colaboración universal.

Por lo demás, no es sólo entre los hombres de los diversos países que la colaboración es necesaria. Lo es también y cada día más, entre los de diversas profesiones u oficios. El médico y el higienista no pueden hoy trabajar fructuosamente sin la ayuda del gobierno, del educador, del sociólogo, del jefe de industria y de las asociaciones de obreros, del sacerdote, la enfermera y la asistente social, tan intrincados con los factores biológicos, psicológicos y sociales que originan las perturbaciones de la salud, de la validez y la capacidad de los hombres. "Interdependencia de las naciones, tal es la lección de nuestros tiempos, que, debiendo atacar males seculares, ponen su esperanza en la organización racional de las actividades humanas," dice con razón en su último libro René Sand, el gran médico sociólogo.

Es por esto que vemos con placer en el auditorio que auspicia esta sesión inaugural, representantes de todas las actividades a que acabo de referirme. Y es en ese alto espíritu de cooperación que exhorto a los señores delegados a que en los días de trabajo que van a seguir pongamos toda nuestra inteligencia, nuestra experiencia y nuestra dedicación para tratar de resolver lo mejor posible los problemas sanitarios de nuestro continente, a fin de que logremos hacer de este nuevo mundo, naturalmente tan rico y tan hermoso, la región más salubre, más próspera y más feliz del orbe, no sólo para los que hemos nacido aquí, sino para todos los hombres de buena voluntad que vengan a nuestra América, procurando elaborar en ella su propio bienestar y el de sus hijos americanos.

Terminado el discurso del Dr. Aráoz Alfaro, ocupa la tribuna el Dr. Raúl Cibils Aguirre, Presidente de la Comisión Organizadora de la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura:

Cuando la Primera Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura celebrada en La Habana en el año 1927, designó la ciudad de Buenos Aires, como sede de esta Segunda Conferencia, que hoy inaugura con todos sus prestigios el Poder Ejecutivo de la Nación, y me confiriera el mandato de presidir su organización, acepté el honor discernido con estas palabras que hoy ratifico: "Si todos salimos de esta Primera Conferencia, acicateados por

el noble afán de luchar y poder concretar conquistas definitivas en el campo ilimitado de la Eugenesia y de la Homicultura, nadie mejor que yo puede sentir la influencia entonadora de estas reuniones, a las que llegara absolutamente escéptico, en las que me sentara ayer indiferente y de las que hoy salgo, señores, bautizado con todos los entusiasmos. Porque ustedes me han enseñado a ver más allá del plano estrecho de la pediatría pura, demostrándome que es posible al mismo tiempo hacer tremolar el pendón de la Quimera y lograr plantarlo en el terreno de la realidad."

Prometí entonces, señores Delegados, y hoy cumplo la promesa. Contrariamente a los intercambios de la materia, donde nada se gana ni se pierde, pues sólo se transforma, en los intercambios del espíritu poco se pierde y mucho se gana.

Así, todo el caudal de ciencia, todo el espíritu de confraternidad americana que se volcara en aquella Primera Conferencia, lo traéis hoy con vosotros, señores delegados, aumentado por el tiempo, corregido por la experiencia, intensificado por la espera.

Sed los bienvenidos, señores Delegados a la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, en este suelo argentino, que sabe recibir a sus huéspedes de honor, con un abrazo llano, tan llano como nuestra Pampa, pero tan firme, señores, como nuestros Andes.

Creando que la utilidad de esta Conferencia radica, ante todo, en poder concretar hechos y aconsejar medidas a adoptar, conceptúo que dada la índole de esta sesión inaugural, pocas palabras bastan para explicar el alcance de la Eugenesia y Homicultura, ciencia aparentemente nueva, cuyo dominio, al extenderse cada día más, invade el campo de todas las actividades humanas; ciencia que como se la ha definido recién en la Sorbona, representa el porvenir y la prevención de la raza.

Señores delegados: En la Primera Conferencia de Eugenesia y Homicultura, ganamos la más difícil de las batallas: la inicial. Sepamos perseverar sin optimismos hipertrofiados, pero también sin escepticismo malsano.

Sepamos que el camino es largo, pero que lo alumbran como luces una serie indefinida de problemas. No tratemos de llegar a todos de golpe, pues la tarea sería improba y acaso estéril. Hagamos como el caminante; tratemos de alcanzar sólo los primeros focos y a medida que los vayamos pasando, encendamos sucesivamente los más remotos. Así el camino resultará más fácil, la meta más próxima, el éxito más seguro. Y cuando creamos llegarlo a obtener, no nos enorgullecamos con la conquista. Recordemos la sana filosofía de aquella proclama napoleónica, a los soldados vencedores: "Soldados: nada habéis hecho, puesto que todo os queda por hacer."

Trabajemos en pro de la Eugenesia, pero hagámoslo no sólo con inteligencia, sino también con simpatía. Sin poseer estas dos llaves, ningún arcano puede abrirse y sin ellas ni Galton constituiría la piedra angular de la Eugenesia actual, ni tampoco se hubiera podido reunir en Nueva York, ese Tercer Congreso Internacional de Eugénica de 1932, que presidiera la figura apostólica de Davenport.

A la obra, pues, señores Delegados, en pro de la Eugenesia y Homicultura y en pro también de la confraternidad americana. Sin buscarlo ni pretenderlo, hacemos de diplomáticos a nuestro modo, empíricamente podría decir, ya que de estas reuniones, no sólo queda el sedimento científico, sino que también chispea cada vez más neta, la simpatía que vincula nuestras patrias. "El hilo sutil que une a los hombres, no enhebra las cabezas, sino los corazones."

Señor Ministro de Relaciones Exteriores: Disculpádmeme si he invadido el campo de vuestras actividades. Pero estamos a la recíproca, Señor Ministro, pues vuestro reciente proyecto de Asistencia y Previsión Social, constituye verdadera obra de Eugenesia. Y vuestra acción constante como leader de la Paz entre los pueblos, es Homicultura en la más amplia acepción de la palabra y es Eugenesia también, al pretender que tanta sangre, inútilmente derramada, en lugar de abono estéril, vuelva a ser simiente.

Excmo. Señor Presidente: Cada país encierra su problema eugénico primordial. En la Argentina lo sintetizó Alberdi con su "Gobernar es poblar."

Y vos lo habéis ampliado, en un día memorable para todos los hombres de buena voluntad que habitan este suelo, ante la enseña de la patria que se empurpuraba en la agonía del sol, y bajo el Símbolo Redentor que, al esfumarse en la penumbra de la tarde, parecía agigantar sus brazos protectores sobre la multitud vibrante de Ideal. Establecisteis entonces, Señor Presidente, el concepto básico de la Eugenesia en el orden nacional: La calidad en la cantidad.

Y lo establecisteis al augurar para nuestra patria—en el día profético en que la caravana de los pueblos desfilaba ante el Señor de las Naciones—que pase la bandera de los argentinos, acaudillando no sólo cien millones de hombres libres, como soñara Sarmiento, sino ante todo y sobre todo, cien millones de hombres buenos!

En seguida, el Señor Delegado de la República de Chile, Dr. Sotero del Río, en nombre de todas las Delegaciones acreditadas ante la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, da lectura al siguiente discurso:

Las Delegaciones americanas a la alta Asamblea que hoy inaugura sus sesiones en esta hermosa y fraterna tierra argentina, han querido discernir a Chile, mi patria, el insigne honor de ser su portavoz en su primera reunión. Lo agradezco en su nombre a los señores delegados y, al manifestar los nobles sentimientos humanitarios que a todos animan, deseo y espero ser fiel intérprete del acentuado espíritu panamericano que flota en el ambiente.

Al designar los Gobiernos Americanos a los altos dignatarios de la salud pública en sus respectivos países, como representantes a este Congreso, más que para dar cumplimiento a un simple acto protocolar de cortesía internacional, lo han hecho como manifestación del valor que justificadamente atribuyen a los problemas de la salud, a la vez que para aportar a su estudio el concurso y a la experiencia de sus representantes y cooperar a que se extienda en este continente la conciencia indispensable para el éxito de la acción sanitaria.

La salud pública no es sino la suma de la salud privada. Pese a la libertad política, el hombre no estará redimido de la esclavitud mientras permanezca enfermo; mientras las asechanzas del medio le expongan a cada instante al peligro de la contaminación; mientras no pueda nacer, desenvolverse y actuar en un ambiente liberado de las cadenas que significan las epidemias, la precaria alimentación, las viviendas insalubres, los males sociales. Tales cadenas constituyen la tiranía más oprobiosa que haya padecido la humanidad, desde que su caravana cruza por sobre los duros caminos de la tierra. Romperlas, desunir sus eslabones para siempre, procurar que la vida escale un nivel mejor y extender a la masa de la población los beneficios del bienestar individual, son los postulados que inspiran la gran cruzada que realiza la higiene contemporánea.

Si hubiera de buscarse un símbolo que expresase y sintetizase el grado de civilización de una época o de un país, ese símbolo no podría ser otro que el valor que se asignara a la vida humana y, por ende, al bienestar personal cuya base es la salud. En nuestro tiempo se comienza a difundir el concepto de que la salud no es únicamente la noción negativa de la ausencia de enfermedad, sino que es un bien positivo que debe conservarse y acrecentarse, y bien sabemos, que para extender el goce de la salud, tanto o más que curar a los que sufren, es de más amplia visión, de mayor trascendencia, prevenir el sufrimiento de los que están sanos y de los que van a nacer.

Gracias al esfuerzo de la comisión organizadora de la República Argentina y a la eficaz ayuda que su Gobierno ha dispensado a este certamen, es que se logra efectuar una reunión con representantes de toda América, reunión de la cual esperamos las nuevas normas sanitarias que, luego, cada Delegación ha de tratar de implantar en su respectivo país, teniendo en cuenta todas las organizaciones existentes en relación con el problema que nos ocupa.

Agradezco, pues, en nombre de las delegaciones extranjeras aquí presentes, al Gobierno de esta gran República su gentil acogida, que se exterioriza al tener la honra de ser presididos por S. E. el Ministro de Relaciones Exteriores, quien a la par de ser un eminente internacionalista se desvela por los problemas de la salud pública. A él le ruego quiera transmitir a S. E. el Presidente de la República nuestro reconocimiento y le manifieste la seguridad que nos asiste al creer que en un ambiente de tan generosa hospitalidad, lograremos fórmulas precisas que materialicen el progreso de la salubridad en Pan-América.

Acto seguido, el representante de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, Dr. M. T. Morgan, agradeció, en nombre de esa institución, el honor que se le había discernido al invitarla especialmente para participar en las deliberaciones de la Confe-

rencia, reafirmando así, una vez más, las cordiales relaciones que siempre había mantenido con la Oficina Sanitaria Panamericana de Wáshington.

Cerró la serie de los discursos, el Presidente de Honor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Carlos Enrique Paz Soldán:

La Oficina Sanitaria Panamericana de Wáshington creada por unánime consensus de los países de América en ejercicio de su voluntad soberana, en la inolvidable reunión de México de 1902, es hoy al cabo de los años, uno de los organismos internacionales más consagrados que existen en el Continente. En su nombre y en mi condición de su Presidente de Honor es que tengo a honra tomar parte en esta solemne ceremonia que una vez más celebran los auténticos representantes de la Higiene del Nuevo Mundo, quienes bajo la hospitalidad argentina en esta magnífica Buenos Aries continuarán la labor, cada vez más amplia y promisoría de beneficios que es la santa cruzada en favor de la Vida en el mundo de Colón.

Órgano ejecutivo de las Conferencias Sanitarias, la Oficina de Wáshington, transformada por la devoción y el saber de sus Miembros, afirma de esta suerte su personalidad institucional, mostrándose en estas horas cargadas de porvenir, a los ojos de todos, como el foco perennemente encendido por los pueblos de la América para rumbear sus pasos por entre las sombras que todavía y por desgracia nos separan de la tierra prometida de la Salud.

Y es útil que el Director de Honor hable en esta ceremonia, no por exhibición verbal, sino por que, cuando un higienista tiene la fortuna de ser llamado a tan delicado cuanto honrosísimo cargo, su deber está en prestar su contingente, por humilde que sea, para señalar líneas de acción fecunda a las tareas que motivan el acto histórico de ahora en que ilustres representantes de la Higiene continental se dan cita para estudiar los problemas que existen en la vasta extensión de nuestra América y de cuya solución está pendiente su porvenir vital.

En obediencia a este mandato tácito que implica el cargo de honra que nos confió la VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana de Lima, haremos un examen panorámico de los avances sanitarios realizados en el Continente gracias a las enseñanzas derivadas de estas asambleas panamericanas.

El entendimiento y la crítica se abisman cuando se pretende seguir la trayectoria magnífica de la sanidad continental durante el tercio de siglo que media entre la I Conferencia celebrada en Washington en 1902 y esta IX Conferencia que ahora tiene su asiento en Buenos Aires.

¡Cuántos progresos técnicos alcanzados! ¡Cuántos frutos benéficos recogidos! ¡Cuántas vidas humanas salvadas! ¡Cuántas garantías afirmadas para felicidad de las razas colombinas! ¡Cuántos horizontes de bien, abiertos a la voluntad social!

De las primeras tímidas tentativas para quitar ese su primitivo carácter de ofensas internacionales a las medrosas cuarentenas de secular prestigio, con las que, ilusoria y erradamente, pretendían defenderse nuestros países a comienzos del siglo XX contra la propagación de las formidables pestilencias que eran la peste, el cólera y la fiebre amarilla, al Código Modelo de Sanidad Panamericana formulado en la Habana, perfeccionado en Lima y hoy norma jurídica y técnica que regula la armoniosa cooperación de nuestros pueblos en sus propósitos de asegurar la salud de sus comarcas respectivas, qué salto prodigioso, qué avance triunfal hacia la solidaridad sanitaria de las naciones del Nuevo Mundo! Si es verdad que por el Orbe las ideas justas marchan lentamente, hay que convenir que la idea de aunar las voluntades de los Estados que formamos la Unión Panamericana, en la política sanitaria internacional ha tenido alas, como si con ello nuestro instinto de perduración vital hubiera querido, desafiando al tiempo, exhibirse en un alarde de victoria.

Y tal cosa ha acontecido por que estas Conferencias Sanitarias Panamericanas no representan simples reuniones de hombres doctos en las que se vienen a exhibir trabajos de ciencia pura. Fundamentalmente son asambleas que codifican, bajo la severa sanción de la experiencia aquello que de verdad se muestra susceptible de vencer a la insalubridad y de representar un sólido progreso en el campo deslumbrante de la Higiene. En América, nuestros países trabajan con mayor o menor empeño, pero incansablemente, en la búsqueda de los medios más eficaces y seguros para dominar la enfermedad y sus avances peligrosos y démicos, pero a estas Asambleas lo que llega de ellos, son

los resultados efectivos y consagrados, aquellas adquisiciones que permiten al hombre su imperio seguro contra los demás seres, principalmente los que generan las dolencias, y que le disputan el pleno goce de la Naturaleza.

Recordemos para mejor comprender la esencia de nuestras tareas, esa adivinación genial del gran Carlos Finlay, la cual bajo las comprobaciones heroicas de la Comisión Americana se ha convertido en la doctrina con la que se ha podido realizar esa epopeya que es la derrota de la fiebre amarilla en el mundo. El caso no es único, ni lo será. Otros males de peligrosa difusión caerán a su vez vencidos bajo el poder de la Higiene transformada hoy en Medicina Social. A nosotros nos toca avizorar estas conquistas y señalarlas, cuando efectivamente se consuman, a la consideración de los hombres directores de la vida social y política americana. Tal es la superior misión de nuestras asambleas y tal la savia que ha prestado, que presta y que seguirá prestando sus virtudes animadoras y orientadoras a la Oficina Sanitaria de Washington.

Antes de proseguir, séanos permitido recordar, en esta solemne ceremonia a dos grandes obreros de la Higiene caídos en servicio de la Oficina después de la VIII Conferencia. Son Mario G. Lebrede y João Pedro Albuquerque. Lebrede significó la técnica microbiológica puesta al servicio del ideal de la salud americana; sus trabajos sobre la fiebre amarilla son sillares sólidos para nuestro conocimiento de la terrible pestilencia. João Pedro de Albuquerque, en tierras del Brasil, representó la moral profesional—esta grande necesidad sobre la que reposa la utilidad social de nuestra actividad médica—por la que velaba desde el Departamento de Saude Pública. Ambos, en las deliberaciones de la Oficina Sanitaria, aportaron su saber y su devoción a la Higiene. Que sobre sus tumbas florezca la palabra recordatoria de esta Asamblea!

Y cumplido tan justiciero y piadoso homenaje, examinemos ahora el panorama que brinda la evolución de la Sanidad continental para descubrir así los senderos que se le ofrecen para lo porvenir. Preguntemos: hemos llegado ya, con la adopción del Código Sanitario Panamericano ratificado por la casi totalidad de nuestros países, a la meta de las posibilidades de la cooperación sanitaria continental en lo que atañe a la defensa de la salud y de la vida de nuestros pueblos? Podemos tranquilos reposar en la cumbre alcanzada como si fuera la última que se ofrece a nuestros anhelos de ascensión y de mejoramientos vitales? No existen otras eminencias más altas todavía, derroteros deslumbrantes para nuestras ansias por la prosperidad vital del hombre americano?

Para responder a estos interrogantes nada puede sernos de mayor utilidad como contemplar, en visión abarcadora y totalitaria, lo que la realidad brinda a las miradas de la Higiene, convertida por el progreso de las ideas y sobre todo de los sentimientos en Medicina Social.

Brillantes son las victorias alcanzadas! Naciones hay en esta América que ufanas pueden mostrar como ejemplo al mundo, su civilización expresada en el nivel de su salud y de su bienestar vital. Mas sin caer en pesimismo negador y disolvente, en medio de esa apoteosis consoladora para nuestro orgullo de americanos, ¿no contemplan nuestras pupilas espectáculos menos rientes, paisajes más sombríos, inmensas zonas cargadas de insalubridad?

Es la América de las oscuras dinámicas raciales, en estado primitivo, enigma inquietante y pavoroso aun para nuestros corazones abiertos a la gravedad y a la piedad. Es la visión apocalíptica de esa inmensa proporción de nuestros pueblos sumidos en la miseria, en la ignorancia—que es apenas una forma más sutil y dolorosa de la miseria—en la insalubridad, en el abandono, en la servidumbre de regímenes de trabajo que resultan intolerables. “Los higienistas, rectificando ligeramente al gran Virchow, somos los abogados naturales de los pobres y la cuestión social pertenece por entero a la Medicina.” ¿No hay aquí un gran enunciado para orientar nuestros futuros desvelos?

Contemplando el panorama que ofrecen los 200,000,000 de almas que pueblan nuestra América, esa contemplación nos permite sorprender, en tan enorme masa humana, dramas infinitos e infortunios dantescos.

Ya es la maternidad que se hunde en la nada, cuando mueren madre e hijo, impidiéndoles colmar la desolación de nuestras tierras, privadas de población autóctona; ya es la infancia que apenas nace tropieza con las injusticias del dolor que troncha su crecimiento y que convierte al llanto su idioma natural—el que habla por doquiera la Humanidad en su primer año de vida, ese periodo de la Torre de Babel—en protesta dolorosa y preñada de angustias; ya es la adolescencia que no conoce la escuela o que no concurre a ella o que no aprovecha de su obra por razones de miseria biológica; ya es la masa anónima

e inmensa de los trabajadores que ora en los campos, ora en las ciudades, cae en lid oscura contra la insalubridad, contra las plagas múltiples que impiden que el trabajo sea la gran razón de la vida para tornarse en la derrota de cuanto hay de superior en el hombre y capaz de crear con la riqueza, la felicidad de las naciones.

Se ha valorado, siquiera, lo que tales factores de daño social significan para el presente y más aún para el porvenir venturoso de la América?

Bien sabemos que en todos nuestros países, generosas cruzadas se llevan a cabo para aliviar tales calamidades, a fin de que los pueblos escapen a esta inmisericordiosa tiranía. Pero la labor realizada, está en proporción con los daños que se producen? No están allí para convencernos de la insuficiencia de las acciones benéficas, esas torturas del hambre, de la fiebre de los chiribitiles, de la demagogía destructora, emanación natural de esos antros y de esa miseria, círculos infernales que ahogan a los humildes sin la esperanza de una vida mejor y más humana?

No insistamos en estas consideraciones. Hay una conclusión inobjetable y que mis labios de americano al servicio de la Higiene continental deben enunciar, una vez más, en esta hora propicia continental: Que la obra de la Medicina social, en nuestra América tiene aun numerosos objetivos dignos de sus mejores atenciones y que no cabe reposar en los esfuerzos por rehabilitar a nuestros pueblos para que por la salud alcancen las cimas de la prosperidad, de la riqueza y de la moral, bases graníticas para que advenga la civilización que esperamos para este Nuevo Mundo abierto a la Libertad y a la Justicia.

En la época atorbellinada y turbulenta que estamos atravesando, cuando los ojos parecen habituados al espectáculo pavoroso del delito de matar, cuando por doquier la muerte se ufana de ganar proselitismo en las esferas más influyentes de cada nación y se aumentan los elementos de que ellas disponen para las macabras hazañas destructoras, sólo por la obra santa de redimir a los que trabajan y sufren y prestan sus afanes a la Vida se logrará alcanzar un período de firme y amplia prosperidad para este mundo colombino.

Y es a la Higiene transformada en Medicina social a la que tocará ser el instrumento para tan impresionante redención. Ella es y será el Fiat bíblico de los nuevos tiempos. Es lo que enseña por doquiera el mundo civilizado en los momentos de palingenesia política y social que ahora conoce. Las grandes innovaciones de aquellos regímenes que prestan sus perfiles a nuestro tiempo, nos exhiben, en el fondo de su estructura y de sus reformas audaces, la preocupación por robustecer la personalidad humana, por convertir al hombre sano, célula social, en la unidad fuerte e indestructible de la personalidad nacional.

No haremos una demostración de la verdad evidente que afirmamos. No lo consenten ni la naturaleza de este discurso, ni el tiempo de que se dispone en esta ceremonia. Para el objeto que buscamos bástenos con afirmar que sin hombres puros de alma y de cuerpo no puede haber felicidad privada, ni bienestar público. "La miseria no beneficia a nadie" ha dicho René Sand. Aparejemos, pues, los progresos materiales con los progresos morales en esta industria básica de la felicidad de las naciones: la fabricación de hombres, para aumentar al potencial de la vida, dejando esas preocupaciones de otrora que hacían de esta industria sólo un motivo de explotación.

En nuestra América este programa es el A. B. C. de su grandeza. Todos nuestros pueblos están en el deber de consagrarse con ahínco a tan noble labor. Redímase totalmente al hombre americano de cuanto lo envilece y lo rebaja y lo trunca impidiéndole que sea en la esplendorosa majestad del Continente, aquel rey de la creación que la denominó la pluma de los grandes doctores de la Iglesia.

Y es por la salud, por la robustez del cuerpo y del espíritu de la población nacional como tales metas se han de alcanzar. Salud y Cultura, tales los dos brazos potentes para forjar, con el concurso insustituible del tiempo y en la fragua del patriotismo, Razas dignas de poseer el suelo bendito del Continente.

Las Conferencias Sanitarias Panamericanas pueden vanagloriarse de haber culminado en la realización de este empeño fundamental y nobilísimo. El Código Sanitario Panamericano, convertido en ley sustantiva de la Higiene continental, es un testimonio documentario inobjetable de que el éxito comienza a ser realidad. Pero no se olvide que la Política entendida como el gobierno de los hombres para asegurar su convivencia pacífica y para darles las posibilidades de llenar los fines de felicidad que cada Vida guarda en sí, no es únicamente cuestión de leyes, sino que lo es también de administración. Si ambicionamos llevar efectivamente a cabo una política sanitaria panamericana,

apliquemos tal postulado y pidamos no tan sólo articulados sabios y amplios como el del Código mencionado, que se inspiren en los más definitivos y modernos conceptos técnicos y doctrinarios, sino además una organización administrativa de las cosas de la Higiene capaz de responder con plena seguridad y sólidas garantías de la ejecución de lo que en las pragmáticas escritas se recomienda como útil al progreso biosocial de los pueblos del Continente.

Es aquí donde la política sanitaria del Nuevo Mundo espera nuevos avances garantizadores de futuras victorias contra la insalubridad y la muerte que campean, inmisericordes, en buena porción de nuestras patrias. Magnífico que las doctrinas de la Higiene, depuradas por la obra sabia de los más autorizados peritos que viven en América y que asisten a estas Conferencias, se condensen en textos precisos y a mayor abundamiento coordinados en forma que puedan servir para todos los países que formamos la comunidad americana, pero no descuidemos, si es nuestro propósito sincero señalar derroteros firmes para el bien sanitario, indicar asimismo cómo y quiénes han de ejecutar tales planes de acción mediante estructuras administrativas susceptibles de prestar un concurso completo para tan trascendental empresa.

Por entenderlo así cuantos nos antecedieron en la tarea que ahora proseguimos es que demandaron, en las Conferencias de Santiago, de Montevideo, de Habana y de Lima, que el Estado se preocupara por la formación de sus higienistas y que modelara una estructura política nueva creando un sector diferenciado al que entregar, exclusivamente, los menesteres sagrados de la defensa de la salud y de la vida humanas, y a los que debería tutelar con el mismo empeño con que tutela la soberanía y el decoro nacionales. Y ha sido así, imitando el ejemplo precoz y singular de Cuba, como se han visto, por toda la América, brotar, plenos de realidades y de promesas benéficas, los Ministerios de Sanidad en cuyo seno se ha concentrado cuanto se relaciona con la asistencia, el saneamiento y la profilaxia, deidades amparadoras de la salud pública.

Es esta la gran ruta por donde conviene orientar los futuros avances de la sanidad continental. Hay en ella una reforma que puede significar provechosos crecidos. Nos referimos a la creación de la MAGISTRATURA SANITARIA: ejército de la Vida en cuyas filas, con las jerarquías que implica toda organización humana, deberán figurar cuantos prestan y han de prestar su concurso en la cruzada contra la insalubridad, la miseria, el analfabetismo, las toxicosis, en suma contra los elementos, a menudo de orden social, que se oponen a que la Raza americana perdure y pueda afirmarse en América, impidiéndose con ello el avance hegemónico de esos pueblos que desde las lejanías oceánicas constituyen amenaza evidente para el alma continental.

Esta Magistratura no la concebimos, sin embargo, como la consagración internacional de futuras burocracias locales. En nuestro pensamiento de lo que se trata es de decir a nuestros pueblos y a nuestros gobiernos, en un verdadero compromiso que dimane de esta solemne asamblea, que los asuntos conexos con la salud humana, en sus infinitas modalidades de amparo, deben estar confiados a funcionarios técnicos que estén ampliamente capacitados para corresponder a tan delicada misión. No olvidemos que magistratura deriva de "megas", vocablo que en la lengua eterna de Atenas significaba lo más grande.

Porque el magistrado de sanidad que vislumbra nuestro optimismo, será el depositario no tan sólo de la confianza nacional, sino de la internacional, por ser poseedor de aquellas cualidades que estarán definidas por la Conferencia y por lo tanto a cubierto de las veleidades y emergencias de que tan pródiga es la existencia tormentosa de nuestros pueblos en trance de formación y modelamiento institucionales en los dominios de la Higiene. Entonces sí podrá ser una realidad esa sentencia que nuestro gran Unanue enseñó a los médicos peruanos al fundar la primera Escuela Médica del Continente: "La verdadera piedad, honor y gloria del médico, consiste en mirar por la salud del pueblo posponiendo a ella los provechosos y utilidades propias."

Es así, señores Delegados de la América, como lograremos resolver todos los problemas de la asistencia, del saneamiento y de la profilaxia, la trinidad de acción en que se encierra la Higiene pública, y como llegaremos a derramar los dones de Higiene sobre todos los hombres que yacen en el más absoluto abandono sobre la opulencia paradójica del suelo bendito que les dió cuna.

Será la verdadera solución americana para los problemas de sanidad que ofrece América. Y abrigamos fe profunda en que entraremos por esta vía, porque aquí estamos en una tierra de libertad de la que brotó por mandato misterioso del destino, en la hora convulsiva del modelamiento de las patrias

continentales, con José de San Martín el puro, la chispa inextinguible y potente que consumó la emancipación de todo un mundo al conjuro de esa bandera blanca y azul, tejida se diría por el telar milenario de la Cordillera andina coronada de nieve y con los hilos arrancados a un cielo sin nubes que pone su color de ideal sobre esta patria pródiga y sobre la conciencia de sus hombres.

Con esta firma esperanza que callen nuestros labios y juntos elevemos mudamente a lo Alto nuestras preces para que la Divina Providencia nos ilumine en esta nueva cruzada que libramos por la salud y la ventura del hombre americano.

A las 20 y 15 horas (8:15 P. M.) se dió por terminada la sesión inaugural de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana.

FILE COPY -- LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D. C.

PRIMERA SESION PLENARIA

MARTES 13 DE NOVIEMBRE DE 1934 (9:30 A. M.)

Presidencia del Dr. Aráoz Alfaro; secretarios: Dres. Alberto Zwanck y Alfredo Sordelli.

Sr. PRESIDENTE, Dr. ARÁOZ ALFARO. Queda abierta la sesión.

Invito al señor Delegado del Brasil, Dr. Orlando Roças, a acompañarme en la Presidencia.

El Sr. PRESIDENTE. De acuerdo con la autorización que la Conferencia se sirvió conferirme en el día de ayer, he distribuído a los señores Delegados en las diferentes Comisiones en la forma de que dará cuenta el señor secretario. En la Comisión del Código Sanitario Panamericano y de la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea, dada la índole de los temas que abarcará, he pensado en la conveniencia de que estén representadas todas las Delegaciones. En cuanto al señor Delegado de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. John D. Long, también forma parte de las comisiones.

La Secretaría dará lectura de la forma en que han sido integradas.

Sr. SECRETARIO, Dr. SORDELLI. (*lee la lista publicada en la página 20.*)

El Sr. PRESIDENTE. Si alguno de los señores miembros de la Conferencia deseara ser incluido en determinada Comisión, en que su nombre no figurase, le ruego nos lo haga saber para disponer su inclusión.

El señor Delegado especial de la Rockefeller Foundation, Dr. Fred Soper, forma parte, naturalmente, de la Comisión de Fiebre Amarilla, como informante y observador. El señor Delegado especial de la Oficina Internacional de Higiene Pública, Dr. Morgan, integra la Comisión de Código y Convención Sanitaria. Y en cuanto al señor invitado especial de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, Dr. Frank Boudreau, que aún no ha llegado, podrá también ser consultado por cualquiera de las comisiones. Hablaremos con él cuando llegue.

CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Empezando, ahora, a considerar nuestro programa de trabajo, pienso, señores Delegados, que podríamos entrar al primer asunto, relativo al Código Sanitario Panamericano. Los señores Delegados que tengan alguna observación que hacer a este respecto o deseen proponer reformas, enmiendas o modificaciones al Código, pueden

hacerlo aquí, verbalmente o por escrito, si no optan por someter sus proposiciones directamente a la Comisión. A mí me parece que sería preferible que enunciaran en esta sesión plenaria sus ideas y proyectos, a fin de pasar luego todos los antecedentes a la Comisión.

Por mi parte, puedo decir que, en lo que respecta a la República Argentina, y aunque con algún retardo explicable por una serie de dificultades habidas en años pasados, la ratificación del Código Sanitario ha sido ya votada por la Cámara de Diputados y está pendiente del Senado. El Poder Ejecutivo ha incluido este asunto entre los a considerar en las sesiones extraordinarias a que el Congreso está convocado, y tengo esperanzas de que muy pronto la ratificación sea un hecho. Si no lo fuera, seguramente en las primeras sesiones ordinarias del próximo período lograremos este anhelo.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Quiero hacer notar a la Comisión Organizadora que ha formulado el programa de trabajos y a los señores Delegados presentes, algo, que seguramente todos conocen como él que en este momento habla. El Código Sanitario Panamericano aprobado en La Habana, es ley internacional incorporada a 19 Repúblicas del continente. Mal podría, entonces, esta asamblea, por formulación de su programa, sugerir modificaciones que implicaran una revisión completa de lo que hoy está en vigor. Juzgo que cualquier interpretación podría hacerse, para mejor aclararlo en esta Conferencia; pero la proposición, tal cual está redactada en el programa, no responde a un objeto real.

Porque el Código Sanitario es un documento de política sanitaria americana definitivamente incorporado en 19 de nuestros países. Desde este punto de vista, yo advierto a los señores Delegados que no podemos, sin invalidar en parte un instrumento de política sanitaria internacional, entrar en pretendidas modificaciones que, en suma, serían de detalle.

El Dr. Aráoz Alfaro sabe como yo, porque los dos asistimos a esa Conferencia, que el texto que verdaderamente expresa con fidelidad absoluta los principios de higiene que inspiran a este Código, se encuentran más en el texto inglés que en el español, pues las irregularidades que se perciben en este último se deben fundamentalmente a que no hubo una redacción independiente sino casi una traducción literal. Creo que esta advertencia les será útil a los señores delegados para no hacer una falsa ruta y no dar la sensación de que haremos la revisión general de un tratado internacional, que ha sido ratificado en la casi totalidad de los países.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero advertir con respecto a lo que acaba de decir el señor Delegado del Perú, que creo que tiene razón, pero la redacción de este tema viene así desde la Conferencia de Directores de Sanidad de Washington. No ha sido elaborado por nosotros, sino que se nos ha mandado con la redacción siguiente:

“Estudio de los artículos en que haya modificaciones, reservas o dificultades”.

Entiendo, por otra parte, que cualquier Código está sujeto siempre a modificaciones ulteriores, que se proponen—como es lógico—por vía diplomática correspondiente. La cuestión no la vamos a resolver nosotros, pero podemos sí tomar conocimiento de las reservas o dificultades que se puedan haber percibido.

Dr. LLOYD (Estados Unidos de América). En primer término, tengo que pedir disculpas a los señores Delegados por la dificultad que tengo para expresarme en español.

El único país que hasta este momento ha hecho reservas con respecto a este Código es México y creo que son 20 los países que ya lo han aprobado, y las reservas expresadas no son muy importantes para los otros países. Pienso que no hay inconveniente en enmendar el Código y, en mi concepto, hay ciertas disposiciones que necesitan revisión con urgencia. En él se dice terminantemente, por ejemplo, que un avión debe llevar una patente de sanidad cada vez que va de un país a otro y eso resulta casi imposible. En el caso de un avión que va de La Habana a Miami, del Perú a Chile o de Buenos Aires a Santiago, es imposible que saque patente de sanidad cada vez que sale de un país para entrar en otro. El señor Director Dr. Cumming tuvo que interpretar de un modo absolutamente contrario al texto esta disposición.

Yo tengo mucho respeto por la opinión que se ha expresado, en el sentido de mantener en pie las disposiciones que el Código establece, y aunque convengo en que aquí, en esta Conferencia, no debemos modificarlo, entiendo sí que podríamos discutirlo en las comisiones, porque hay varios puntos, como el que yo he citado, que a mi juicio deben ser completamente modificados.

Dr. MIRANDA (México). Es indudable que existen ciertos inconvenientes para vertir en un Código inalterable los conceptos de la ciencia, puesto que ésta todos los días progresa, dado que es un organismo vital, mientras que los Códigos son algo rígido, inmovible, que no podrán jamás ajustarse precisamente a los avances constantes de aquélla. Es cierto que podría hacerse un Código un tanto elástico en el que se contemplasen los ideales que todos propiciamos, que saliera del marco estrecho en que generalmente se les coloca, pero esto es un poco difícil. Mi opinión es de que siempre debería dejarse la puerta abierta para que los Códigos vayan adaptándose a los progresos de la ciencia, y hay artículos en que esa adaptación es posible. Por ejemplo, en la lista de enfermedades de declaración obligatoria, siempre habrá lugar para agregar las nuevas enfermedades que se crea conveniente ir incluyendo.

Debo aclarar también que este capítulo, este punto del programa, diría, figura en él, porque fué una de las conclusiones de la Conferencia de Repúblicas Americanas efectuada en Cuba. Actué en ella

como asesor técnico de la Delegación mexicana y recuerdo perfectamente esta circunstancia. De acuerdo con ello, entiendo que todos los Delegados tenemos plenos poderes para hacer, si deseamos, modificaciones más o menos de fondo del Código. Esto tendría quizás ciertos inconvenientes, aunque México no tiene decidido empeño en que el Código Sanitario se reforme, pero en este caso podría seguirse la táctica que se empleó en Lima, es decir, hacer nuevas interpretaciones, adaptándose a las condiciones del momento. Lo que se podría hacer en los casos como el que ha citado el Dr. Lloyd u otros en que haya habido imposibilidad casi absoluta de llevar a cabo las prescripciones del Código, es aclararlos en la forma debida.

Es natural que la reforma de ciertos puntos de este Código sólo se podría hacer después de discutirlos en la misma Conferencia. En primer término habrá indudablemente que seguir en las discusiones el programa que a este respecto se ha hecho, y el resultado de esa discusión se traducirá en resoluciones a que llegará esta Conferencia. Por eso es bueno que la sesión plenaria referente a las modificaciones al Código, se efectúe al final, después que se hayan aprobado todas las decisiones parciales, porque entonces ya habremos formado nuestro criterio acerca de si es conveniente o no modificarlo.

Dr. COUTTS (Chile). Tengo a mano los acuerdos de la Segunda Conferencia Sanitaria de Directores Generales de Sanidad, uno de cuyos párrafos dice lo siguiente:

Código Sanitario Panamericano: Para el perfeccionamiento de las relaciones internacionales de la higiene en América, cree conveniente que en la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se estudien los artículos del Código Sanitario Panamericano que no se hayan aplicado por alguna razón, o aquellos que hayan sido objeto de reservas por algunos gobiernos signatarios, a fin de introducir en este pacto las interpretaciones que permitan su mejor ejecución.

Esta declaración, hecha en la reunión de Directores de Sanidad a que he hecho referencia, implicaba desde luego que las Delegaciones asistentes, representadas por sus directores de sanidad, tácitamente aceptaban, si no una revisión del Código, que es un documento ya aceptado por esos países, introducir modificaciones de acuerdo con las circunstancias señaladas por los señores Delegados, y que ya habían sido propuestas por nosotros en aquella reunión. Si mal no recuerdo, los que estuvimos allí, estábamos de acuerdo en que debía buscarse la manera de introducir en el Código reglamentaciones modificatorias o interpretativas, de acuerdo especialmente con la navegación aérea. A este respecto, recuerdo que nosotros discutimos que, si bien los viajes en aquél entonces se hacían en espacios de seis, ocho ó 10 días, con el progreso de la navegación aérea esos viajes serían más rápidos, y las patentes sanitarias de navegación serían dos o más, tal vez en un mismo país, para los aviones que pasaran de un país a otro.

Me parece que modificar un código es delicado, pero la introducción de aclaraciones a cada uno de los reglamentos es la base, o en

otros términos, la válvula de escape de que disponemos, desde el punto de vista legislativo, para subsanar estas dificultades.

El Sr. PRESIDENTE. Agradezco al señor Delegado de Chile la lectura que acaba de hacer, porque justifica que el asunto haya sido incluído en la forma que está en el programa de la Conferencia.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ (México). Deseo completar la proposición del Dr. Miranda en este sentido: El programa de la Conferencia contiene puntos acordados en el Código Sanitario en número bastante grande, como por ejemplo, el punto 6°, (Organización de los servicios de epidemiología y profilaxis en los departamentos de salud pública de las ciudades), el 9°, (La fiebre amarilla), el 13°, (La Lepra), el 14°, (La peste, su erradicación de América, métodos de lucha), el 15°, (El tifo exantemático y otras enfermedades exantemáticas) y el 17°, (La vacunación antivariólica). De estos problemas, algunos están comprendidos en las reservas de México. La Delegación mexicana, en consecuencia, propone a la Conferencia que el Código Sanitario Panamericano se discuta al final, con objeto de que si se llega a una resolución concreta acerca de cada uno de estos puntos particulares comprendidos en el Código Sanitario, no vayamos a exponernos a votar resoluciones contradictorias, es decir evitar que adoptemos alguna modificación determinada con respecto al Código Sanitario Panamericano y luego, al ocuparnos de un punto concreto, aprobemos una proposición contradictoria.

El Sr. PRESIDENTE. La Presidencia estima que es perfectamente lógica la proposición hecha por el señor Delegado Dr. Miranda—que entiende ha sido aprobada por la Asamblea—en el sentido de dejar la discusión del Código Sanitario para la sesión plenaria final. Se pasarán, pues, estos antecedentes a la Comisión, y allí los señores delegados discutirán las reservas o modificaciones que crean útil introducir.

Quiero decir también que la Presidencia ha recibido de una sociedad de armadores de Amsterdam, Holanda, The Netherlands Shipowners Association, algunas indicaciones sobre inconveniencias del Código, que serán también pasadas a la Comisión.

Respecto de la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea, la Conferencia resolverá si quiere oír algún informe previo. Si algún señor Delegado desea hacer cualquier observación al respecto, puede hacerla. Pero me parece que lo mejor sería pasar este asunto directamente a la Comisión, donde será ampliamente informado por el Dr. Morgan, representante de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, y discutirlo también al final, conjuntamente con el Código Sanitario, pues hay conexión entre uno y otro. Si hay asentimiento general, así se hará. (*Asentimiento.*)

Corresponde, entonces, que empecemos a considerar los informes de las Delegaciones sobre los progresos realizados, o las medidas

tomadas en materia de sanidad desde la conferencia anterior, correspondiéndole naturalmente en primer término informar al señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Cumming.

INFORMES

Dr. CUMMING (Estados Unidos). Me es muy grato encontrarme entre vosotros, mis colegas de otras Repúblicas, e informaros sobre el cargo que desempeño de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Es con hondo pesar que me veo en la obligación de daros parte de la muerte de dos de los miembros más apreciados de nuestro Consejo Directivo, el Dr. Mario G. Lebrado, de la Habana, Cuba, Vice-Director, y el Dr. João Pedro de Albuquerque, de Río de Janeiro, Brasil, Vocal distinguidísimo. No sólo lamento la desaparición de esos dos hombres de ciencia, como amigos íntimos, sino que siento la falta de los valiosos consejos que de ellos acostumbraba recibir con respecto a nuestras actividades.

En cuanto a las oportunidades que tiene la Oficina Sanitaria Panamericana de rendir servicios eficaces, es para mí motivo de gran satisfacción poder manifestaros que nunca han sido mejores y que, a pesar de la crisis monetaria que afecta el mundo entero, las naciones de este continente, salvo raras excepciones, han podido seguir prestando su apoyo material a nuestra obra. Si bien es cierto que las cuotas correspondientes son relativamente pequeñas, dada nuestra casi ilimitada esfera de acción, bastan, sin embargo, para satisfacer las necesidades actuales.

Recordaréis que hace 14 años, cuando la Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Montevideo, me hiciera el honor de designarme Director, la Oficina Sanitaria Panamericana no existía más que de nombre. Creo no incurrir en exageración al decir que, hoy día, su influencia se hace sentir no solamente en los países de América sino también en los de Europa. Sin embargo, es menester tener presente que, por ahora, nuestros recursos son limitados y creo por lo tanto que no debemos malgastar nuestros esfuerzos en empresas para las cuales no contamos con fondos adecuados, o que no estén directamente relacionadas con los fines de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y de la Oficina misma. Mejor es extender nuestro radio de acción lenta, constante y eficazmente antes que hacerlo precipitadamente, pues ello podría acarreararnos trastornos económicos y restringir actividades ya bien establecidas.

Hagamos un breve repaso de la historia del desarrollo de la cooperación panamericana en materia de salud pública.

A hombres de estado como San Martín y Simón Bolívar se les debe el mérito de haber iniciado el Panamericanismo. Al adoptar en el año 1887 la Convención Sanitaria de Río de Janeiro, la Argen-

тина, el Brasil y el Uruguay inauguraron la cooperación panamericana en pro de la salud pública. Este movimiento fué seguido poco después, por un convenio análogo entre Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, o sea la Convención Sanitaria firmada en Lima en 1888.

En 1889 tuvo lugar en Wáshington la Primera Conferencia Internacional de Estados Americanos en la que se estableció una organización sanitaria permanente, tomando disposiciones para la realización de conferencias futuras y creando como poder ejecutivo la Oficina de las Repúblicas Americanas, hoy Unión Panamericana, con la cual colabora estrechamente la Oficina Sanitaria Panamericana. En la época en que se reunió la Primera Conferencia, las enfermedades contagiosas sujetas a cuarentena, especialmente la fiebre amarilla, constituían quizás el problema más arduo. Fué designada una Comisión de Cuarentena para estudiar las condiciones con respecto a enfermedades y formular reglamentos sanitarios, mas poco se hizo aparte de recomendar la adopción de las Convenciones Sanitarias de Río de Janeiro y Lima.

En 1901 la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos se reunió en la Ciudad de México y sus miembros encontráronse frente a problemas de salud pública virtualmente iguales a los que se presentaron ante la Primera Conferencia de 1889. Considerando que los problemas de salud y sanidad serían más eficazmente resueltos por médicos prácticos en materia de salud pública, esta Segunda Conferencia resolvió autorizar la creación de "Conferencias Sanitarias Internacionales" y, como órgano ejecutivo de las mismas, la "Oficina Sanitaria Internacional" reconociendo autonomía propia a ambas entidades. Estos nombres fueron ulteriormente modificados, siendo actualmente "Conferencias Sanitarias Panamericanas" y "Oficina Sanitaria Panamericana."

De acuerdo con estas resoluciones de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (Panamericana) fué convocada para reunirse en Wáshington, en el mes de octubre de 1902. En ella los "pioneers" en materia de salud pública como Licéaga, de México; Wyman, de los Estados Unidos; Finlay, de Cuba; Moore, de Chile, Ulloa, de Costa Rica, y sus colegas de otros países iniciaron esta serie de Conferencias Sanitarias Panamericanas que han influido tan poderosamente en el desarrollo de las obras de sanidad pública en las Repúblicas Americanas.

No es mi intención hacer un relato más extenso de los primeros años de las Conferencias Sanitarias Panamericanas sino hablaros de nuestros propósitos y de las tareas actuales de la Oficina Sanitaria Panamericana. En este sentido permitidme recordaros que nuestros fines principales pueden enumerarse en la forma siguiente:

- 1.—Prevenir, por medio de medidas cooperativas, la propagación de enfermedades provenientes de otros países y de una República Americana a otra. Este propósito comprende impedir la introducción de vectores de en-

fermedades, ya infectados, o no, especialmente aquéllos aún no muy diseminados, vectores de enfermedades tales como la tripanosomiasis africana o enfermedad del sueño, fiebre maculosa de las Montañas Rocosas y otras análogas, de tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, de oncocerciasis, que tan frecuentemente produce ceguera; de vectores, conocidos o no, de la fiebre amarilla, especialmente *Aedes scapularis* y otros, si los hay, que criando en aguas estancadas, fácilmente se convierten en vectores de fiebre amarilla, por lo menos en experimentos de laboratorio.

2.—Evitar la necesidad de poner en vigor costosas medidas de cuarentena con respecto a puertos infectados, tomando las debidas precauciones locales a fin de impedir la infección de transmisores comunes por mar, por tierra y por el aire.

3.—Estimular a las autoridades sanitarias en todas las Repúblicas Americanas a realizar mayores esfuerzos para combatir y eliminar enfermedades, con nuestra cooperación, si se solicita, en la medida de nuestros recursos.

4.—Obtener conocimiento inmediato de las enfermedades cuarentenables en el territorio de todas las Repúblicas Americanas y obtener también informes análogos de los países del Hemisferio Oriental por intermedio de otras entidades internacionales, especialmente la Oficina Internacional de Higiene Pública de París. La rápida transmisión de informes de esa naturaleza infunde confianza y permite a los países indemnes aplicar el *mínimum* de medidas preventivas, mientras que la falta de datos sobre la existencia de enfermedades cuarentenables causa desconfianza, e impulsa a los países no infectados a adoptar una actitud recelosa, llevándolos a imponer medidas extremas de cuarentena tan pronto se conozca la existencia de tales enfermedades, como ha de suceder, tarde o temprano.

Finalmente, un propósito muy laudable de nuestra institución consiste en fomentar relaciones cordiales entre los Pueblos Americanos. Me complazco en decir que esta tarea ha sido siempre relativamente fácil. Afortunadamente, los asuntos que parecían susceptibles de dar lugar a polémicas han sido, por lo común, de poca importancia y, generalmente, suscitados por la insistencia de alguna persona sincera, pero mal informada. Hasta ahora, nuestras Conferencias han sido en un todo armoniosas; permítaseme expresar el deseo de que siempre lo sean.

Detengámonos y veamos cuáles han sido los resultados de nuestros esfuerzos individuales y colectivos en lo que respecta a enfermedades contagiosas durante el corto período transcurrido desde que existe nuestra organización. No me refiero únicamente a nuestros propios esfuerzos, sino a los de todos combinados, tanto oficiales como voluntarios; al esfuerzo colectivo e individual de los miembros de la profesión médica; al de los filántropos, de los ciudadanos en el cumplimiento de sus deberes cívicos; a los de todos los que han contribuído a hacer del mundo un lugar más salubre, más cómodo en que vivir, no sólo el hombre sino también sus fieles servidores, los animales domésticos.

Es difícil darse cuenta hoy día de que, durante la última parte del Siglo XIX, reinaban epidemias de enfermedades como tifoidea, difteria, viruela, cólera, fiebre amarilla y que, en el Oriente, la peste bubónica era común; que hasta en una época tan cercana como el fin de ese siglo, con pocas excepciones, las medidas de cuarentena, severas y costosas, constituían el único método con que las autoridades sanitarias se esforzaban por combatir la propagación de enfermedades, especialmente peste, cólera y fiebre amarilla, en las

relaciones internas e internacionales. Por el contrario, tener que detener hoy día en cuarentena por una semana o diez días, como ocurría en aquél entonces, a un buque con sus pasajeros y su tripulación, equivaldría a confesar alguna falla en los esfuerzos cooperativos y en especial de los de orden local; sería admitir que alguna nación o comunidad, olvidando sus obligaciones, permitió la propagación de una enfermedad con la consiguiente amenaza para otras naciones o comunidades. Recuerdo el tiempo en que era corriente poner en cuarentena a un vapor con toda su tripulación por un período que variaba entre diez y catorce días. Aunque siempre existe el derecho de detener los vehículos públicos en caso de necesidad, el ejercer tal derecho hoy día equivale a decir que algún país se mostrara, hasta cierto punto, remiso, por no haber impedido a tiempo tal propagación.

Estáis enterados, sin duda, de que rigen en la actualidad dos tratados comprensivos que establecen las medidas que deben tomar las naciones firmantes para evitar la propagación internacional de enfermedades como la peste, la fiebre amarilla, el cólera, la viruela y el tifo exantemático; son la Convención Sanitaria Internacional de París y el Código Sanitario Panamericano. Un tercer tratado de la misma índole, la Convención Sanitaria Internacional de Navegación Aérea, ha sido justamente incluido en el programa de esta Conferencia.

En 1920, en la Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Montevideo, se reorganizó la Oficina Sanitaria Panamericana, y poco después, comenzó ésta modestamente su labor actual. Poco a poco, la Oficina ha tratado de extender su radio de acción y aumentar sus servicios por medio de la cooperación internacional, prestando su apoyo a las autoridades sanitarias de las Repúblicas afiliadas para combatir la propagación de enfermedades y eliminarlas de sus territorios. Al mismo tiempo la Oficina constituye un centro consultor, cuyos servicios están a la disposición de las autoridades sanitarias de todas las Repúblicas, ventilando consultas referentes a medicina preventiva, higiene y protección de la salud pública. También actúa como centro distribuidor de informes respecto a la existencia de enfermedades contagiosas, las medidas que deben tomarse para combatirlas y los últimos métodos aprobados. La Oficina también es agencia regional de la Oficina Sanitaria Internacional de París para la recepción y distribución de informes relativos a las enfermedades contagiosas en las Repúblicas Americanas, habiendo sido aprobada su intervención en ese sentido por la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana en Lima, Perú. Recíprocamente, la Oficina Sanitaria Panamericana recibe informes análogos del Hemisferio Oriental, los cuales son transmitidos a los Departamentos de Sanidad de todas las Repúblicas Americanas.

La Oficina Sanitaria Panamericana trata de actuar como elemento de conciliación cuando se hallan en conflicto los intereses de los países afiliados, pues a veces suelen ocurrir desavenencias o tergiversaciones debidas generalmente a la falta de informes suficientes o de datos bien definidos. Algunas veces la aparición de una enfermedad en un país causa gran alarma en otros, especialmente, si el hecho se publica, quizás con exageración, en los diarios, lo cual obliga a las autoridades de los países indemnes a tomar medidas enérgicas y hasta de cuarentena inusitadas. Esto suele suceder especialmente si el funcionario encargado de la sanidad es nuevo e inexperto, y los cambios que tienen lugar en el personal de los departamentos de higiene a veces asombran por lo rápidos. En casos como éstos a que me refiero, corresponde a la Oficina Sanitaria obtener y hacer circular informes autorizados en cuanto a la situación existente y, si fuere necesario, recordar a los países contratantes sus obligaciones de limitar la cuarentena al mínimo de medidas preventivas compatibles con la seguridad pública. El mero empleo de medidas de cuarentena para los casos de enfermedades contagiosas paraliza el comercio y también la industria. Recordemos siempre que la cuarentena es un tamiz y no un dique.

Creo que me será más fácil ilustrar con ejemplos concretos el estrecho contacto que mantiene la Oficina Sanitaria Panamericana con los Departamentos de Sanidad de las diversas Repúblicas Americanas y otras organizaciones sanitarias internacionales.

Hace unos años se alarmaron justamente las autoridades de Cuba ante la existencia de viruela en uno de los Estados del Sur de los Estados Unidos. El Director de Sanidad de Cuba expresó el deseo de enviar dos peritos a dicho Estado con el fin de estudiar las condiciones sanitarias. La Oficina Sanitaria Panamericana se puso en comunicación con las autoridades del Estado afectado para facilitar dicha visita, mostrándose satisfechas las autoridades cubanas del resultado y redoblando sus esfuerzos las autoridades locales que muy pronto lograron eliminar la enfermedad.

En el mes de diciembre de 1932, ocurrió un fallecimiento en una localidad previamente endémica y en la cual el diagnóstico hecho por un prestigioso médico local era de fiebre amarilla; dicho diagnóstico fué confirmado por un perito en otro país a quien le habían sido enviados tejidos, pero fué refutado por las autoridades sanitarias del país en cuyo puerto principal había ocurrido la muerte. Se me hizo una consulta, en mi carácter de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por parte del médico que hiciera el diagnóstico, quien me envió un informe detallado de la autopsia. Al mismo tiempo, el Comisionado Viajero que se encontraba en el lugar y las autoridades locales informaron que el índice aéxico de la ciudad y de los pueblos cercanos alcanzaba a menos del 5 por ciento. Teniendo en cuenta este dato, y considerando bastante dudoso el diagnóstico después de haber estudiado el informe de la autopsia, rehusé declarar que el caso fuese de fiebre amarilla. En marzo de 1933, el mismo médico notificó otro fallecimiento que atribuyó también a fiebre amarilla y nuevamente me envió un informe completo del resultado de la autopsia. En este caso otros dos expertos en países distintos, uno de ellos relacionado con la Fundación Rockefeller, confirmaron el diagnóstico basándose en el examen de substancia orgánica. Después de un prolijo estudio de todos los datos que me habían sido suministrados, me negué nuevamente a aceptar el diagnóstico. Sin embargo, indiqué al Director de Sanidad del país en que habían ocurrido los casos de referencia, la conveniencia de obtener muestras de sangre, para practicar la reacción en la rata, no solamente en la ciudad afectada sino también en los pueblos circundantes. Se procedió así inmediatamente, con el resultado, según se me informó, de que, aparentemente, no

se había presentado ningún caso de fiebre amarilla allí desde hacía más de quince años.

El Director de Sanidad de una República Americana telegrafió a la Oficina Sanitaria que la población estaba muy alarmada por la supuesta nocividad de un producto comestible que se vendía mucho en su país; se le informó autorizadamente con respecto a la inocuidad, usos y propiedades del producto en cuestión.

Otro Director de Sanidad notificó a la Oficina Sanitaria que cierto producto comestible de calidad dudosa, importado de un país europeo, tenía gran aceptación. Una investigación demostró que dicho producto se elaboraba con carnes de animales descartados para consumo en los Estados Unidos, siendo exportadas como grasa lubricante y declaradas como tal en las etiquetas correspondientes. Luego una casa europea volvía a elaborar esa substancia, envasándola y exportándola y vendiéndola como grasa comestible de primera calidad.

Un Director de Sanidad preguntó a la Oficina si era prudente permitir el uso de cierta substancia en la fabricación de bebidas gaseosas; se le contestó que dicha substancia era nociva para la salud y que no debía utilizarse.

La Oficina Internacional de Higiene Pública de París telegrafió, solicitando informes acerca de cierto barco en viaje hacia un puerto de Europa; la Oficina Sanitaria Panamericana contestó aconsejando una fumigación. Efectuada esa operación, se encontraron siete ratas pestosas.

Un Director de Sanidad que instalaba un sistema de cloacas se dirigió por carta a la Oficina, preguntando si cierta substancia propuesta como sustituto de otra daba buen resultado para tapar juntas de la cañería; se le informó que dicho sustituto era satisfactorio. Recientemente llegó un vapor a un puerto importante de Sud América llevando a bordo siete casos de enfermedad que mucho se temía fuese fiebre amarilla; el buque fué puesto en cuarentena mientras se aguardaba el diagnóstico. El hecho se dió a la publicidad, causando alarma general. La Oficina Sanitaria Panamericana se comunicó por cable con las autoridades del país que estaba deteniendo el barco, recibiendo inmediatamente informes en el sentido de que la enfermedad era la de Weil. Tan pronto como se publicó la noticia en los diarios, volvió a reinar la tranquilidad.

Se recordará que las Conferencias Panamericanas de Directores de Sanidad Nacional de las Repúblicas Americanas se llevan a cabo bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ya han tenido lugar dos de estas Conferencias, alcanzando ambas mucho éxito.

Periódicamente la Oficina Sanitaria Panamericana nombra comisionados viajeros para visitar y ayudar a las autoridades de las diferentes Repúblicas Americanas a combatir las enfermedades contagiosas y, si se solicita, también coopera en esa tarea dentro la medida de sus recursos. El Dr. John D. Long, que no necesita ser presentado, se encuentra entre nosotros y os dará un resumen de los trabajos relacionados con la peste, realizados por él en estos últimos años.

Una de las tareas más importantes de la Oficina es la publicación del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, revista mensual en castellano, portugués, francés e inglés, dedicada a la divulgación de datos sobre higiene, salud pública y al fomento de la buena voluntad. Como sabéis, esa revista se remite gratuitamente a los médicos y a otras personas relacionadas con los Departamentos de Higiene Nacionales y locales, así como también a ciertos otros individuos que muestran especial interés en la salud pública. La Oficina abraza el propósito de seguir mejorando dicho *Boletín* y de colocarlo por lo menos, en manos de un médico u otra persona interesada en cada

pueblo de 2,000 habitantes o más en toda la América Latina y va realizando esto rápidamente.

En la actualidad, la Oficina Sanitaria Panamericana cuenta con nueve empleados. Ocho de ellos junto con el Auxiliar del Director trabajan en una misma pieza, lo que probablemente nos obligará a buscar más espacio, si es posible encontrarlo en la vecindad del Edificio de la Unión Panamericana. También tenemos gran necesidad de ensanchar el espacio para la Biblioteca.

Debemos recordar que la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de la Habana, Cuba, resolvió que la Oficina debía preparar un reglamento para su gobierno interno, el cual, aunque entrando en vigor inmediatamente con carácter provisorio, debía ser sometido a la Conferencia Sanitaria Panamericana subsiguiente para su aprobación. Ese reglamento fué preparado por el Consejo Directivo en su primera sesión administrativa del 27 de mayo al 8 de junio de 1929, y es ahora presentado a esta Conferencia, recomendándose algunas pequeñas modificaciones que se consideran convenientes.

Aprovecho esta ocasión para reiterar la expresión de mi sincero aprecio por la ayuda, consejo y apoyo leal prestados por mis colegas del Consejo Directivo, y por "Consejo Directivo" quiero decir los miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana. Quedaré muy agradecido a esta Novena Conferencia por toda sugestión y observación que se sirva formular para permitir a la Oficina rendir servicios cada vez más eficaces.

Al terminar, permitidme hacer notar que la Oficina Sanitaria Panamericana es una entidad internacional permanente cuya utilidad está limitada únicamente por los recursos de que dispone, por los poderes que se le han concedido, la buena voluntad de los Gobiernos afiliados y la prudencia de los que guían sus destinos.

El Sr. PRESIDENTE. Invito a las Delegaciones de los otros países a hacer su exposición acerca de los progresos realizados desde la anterior Conferencia.

Dr. MIRANDA (México). Yo pido que el sentimiento unánime de aprobación que en todos nosotros suscita el documento cuya lectura acabamos de escuchar, sea condensado en una proposición escrita en la que se exprese el reconocimiento de la Conferencia a la labor realizada por el Dr. Cumming por la causa de la sanidad americana.

El Sr. PRESIDENTE. Por mi parte he expresado en la sesión inaugural mi aplauso y agradecimiento a la obra de la Oficina Sanitaria Panamericana, y especialmente de su Director, y creo que a la asamblea le será muy grato formular la expresión de reconocimiento y aprobación que solicita el señor Delegado de México, por lo cual, si hay asentimiento general ella será redactada. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Invito a la Delegación del Brasil a hacer uso de la palabra.

Dr. ROÇAS (Brasil). Las actividades desarrolladas en el Brasil en materia sanitaria desde la anterior conferencia hasta la presente, pueden sintéticamente expresarse diciendo que han consistido en iniciar nuevos rumbos en la profilaxis de la fiebre amarilla y de la viruela.

Dr. LIMA (Brasil). Al tratarse en la comisión respectiva la fiebre amarilla, presentaremos detalladamente nuestro informe sobre los progresos habidos en la profilaxis de esa enfermedad, de acuerdo con las últimas observaciones; y si se juzgara oportuna una comunicación más general sería mucho más práctico que la propia comisión la llevara a cabo.

El Sr. PRESIDENTE. El informe del Brasil quedará entonces para la Comisión de Fiebre Amarilla y para la sesión plenaria en que la Conferencia se ocupe del tema.

Dr. LLOYD. Por nuestra parte tenemos un informe que vamos a distribuir entre los señores Delegados en vez de leerlo.

El Sr. PRESIDENTE. Las Delegaciones que así lo deseen pueden hacer lo mismo.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). La Delegación del Uruguay trae un informe escrito que va a ser distribuído entre los señores delegados, pero desearía destacar especialmente dos de sus capítulos, relativos a una recomendación de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

En primer término, voy a desglosar del informe un capítulo que se relaciona con la alimentación, la nutrición y la dietética. Se trata de una recomendación de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la última reunión de Directores de Sanidad. Forma parte el tema del programa de esta Conferencia. Yo voy a referirme a lo actual, a lo que hemos hecho, y a cuál ha sido la acción del Uruguay a ese respecto.

Hay un folleto que voy a repartir dentro de un momento, que lleva por título: "Actividades de la Comisión Nacional de Alimentación Correcta." El movimiento en favor de la alimentación correcta se inició después de dicha reunión de Directores de Sanidad. Se constituyó entonces en el Uruguay una Comisión Nacional de Alimentación Correcta constituída por técnicos de distinta índole, pues no se trataba de médicos solamente, sino que había fisiólogos, clínicos, sociólogos, economistas, maestros, elementos de la prensa y también higienistas. El higienista coordinaba, por decir así, toda la acción, lo que otros técnicos y miembros de la comisión aportaban en el sentido educativo, porque en realidad lo que más ha preocupado al Uruguay es la faz educativa, dado que podemos decir que la alimentación en nuestro país, a pesar de la abundancia, por tratarse de un país de grandes recursos naturales, no está orientada dentro de las normas dietéticas modernas. Voy entonces a dar

cuenta brevemente de como se ha desarrollado el movimiento en pro de la alimentación correcta.

Quiero hacer presente que la Comisión Nacional de Alimentación Correcta constituye una institución que tiene ayuda del gobierno; pero es la iniciativa privada la que más la apoya. De ese modo, con los dos aportes, hemos podido desarrollar una obra tal vez no tan intensa como nosotros deseáramos, pero que por lo menos ha llegado a todos los hogares y a muchas instituciones públicas y privadas, con el consiguiente beneficio en lo que se relaciona con la alimentación y la economía. Voy a leer, pues, esa parte de nuestro informe.

La Comisión Nacional de Alimentación Correcta ha funcionado hasta el año pasado (1933) en el Ministerio de Instrucción Pública, difundiendo sus enseñanzas por todos medios a su alcance en relación con sus recursos oficiales y privados. Cada año, desde su iniciación, ha logrado intensificar sus actividades en relación con sus propósitos. La orientación trazada, dada la importancia de los problemas biosociales de que ésta Institución se ocupa, ha merecido la aprobación unánime dentro y fuera del país.

Largo sería enumerar los distintos aspectos de estos problemas—nutrición, alimentación y dietética—que ya figuran en las actividades sanitarias y de asistencia del Ministerio de Salud Pública, recientemente creado en el Uruguay, que ha incorporado también a su organización, nuevos e impostergables cometidos, relacionados con la salud y la cura de las enfermedades.

La Comisión Nacional de Alimentación ha pasado a depender en el corriente año (1934) del Ministerio de Salud Pública, donde funcionará en adelante complementando el Departamento de Alimentación y Dietética, creado en esta Secretaría de Estado con finalidades ejecutivas.

Las enseñanzas relativas al problema de la nutrición, alimentación y dietética, se realizan en: la Escuela de Servicio Social, en la Escuela de Dietética Racional y Económica, en un curso especial para cocineros, etc., una enseñanza práctica por medio de conferencias irradiadas desde el Servicio Oficial de Difusión Radio-Eléctrica y otras "Broadcastings," por la prensa y el folleto, y en exposiciones *ad-hoc* y salones de alimentación, propaganda ésta que ha sido muy bien recibida por la población de la República con excelentes resultados, influyendo en los hábitos alimenticios del hogar, en la industria y en el comercio.

Desde el punto de vista internacional se han enviado, a solicitud, datos relativos a los problemas de la nutrición en nuestro país. Se han remitido a España, a Francia (con motivo de la Conferencia de la Fruta-Alimento), todos los impresos solicitados y también a los países vecinos de la América del Sur y Centro América. En los Estados Unidos de Norte América, se han hecho conocer también esta clase de actividades por intermedio del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (Publicación No. 58) y en las reuniones de Directores de Sanidad de los E.E.U.U. (1931). El Instituto de Bacteriología de Chile también ha publicado los trabajos en el *Boletín* del mismo.

Este aspecto internacional del problema a que hacemos referencia, ha despertado el mayor interés en los países de América, de Europa y de otros continentes.

Tal es, a grandes rasgos, la etapa recorrida, esperando que la base cultural alcanzada hasta hoy, permita orientar y desarrollar cada día más con mayor eficiencia un favorable estado sanitario de los países en el orden biológico, social y económico.

Ha quedado así cumplida la indicación del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, de fecha 27 de mayo de 1929 y lo establecido en la II Conferencia de Directores de Sanidad de abril de 1931, ambas reuniones celebradas en Washington, D. C.

El Uruguay, por iniciativa del que suscribe y por su intermedio, ha contribuido al estudio del problema de la nutrición, alimentación dietética, con finalidades populares y sus aspectos más prácticos para los resultados consiguientes.

Chile, Perú, Puerto Rico, el Brasil, han iniciado, como ya hemos tenido ocasión de anunciarlo, actividades en este sentido. La República Argentina ha difundido por la prensa, la radio-difusión, el folleto, etc., con idénticas orientaciones y finalidades, los conocimientos relacionados con estos problemas, con fines educativos y de sanidad social, en tal forma, que debe merecer de esta Conferencia, un voto de estímulo y aplauso. También la obra de este país es magnífica e intensamente conducida en el dominio de la asistencia de enfermos y especialmente en el orden clínico y dietoterápico.

La II Conferencia de Directores de Sanidad, en su primera recomendación del acta final, hace referencia al tema, para que figure en la IX Conferencia que celebramos en este momento en la ciudad de Buenos Aires.

En el programa respectivo, asunto No. 27, pone a estudio y resolución "El problema de la alimentación popular en América."

La exposición que precede, es una contribución al desarrollo del tema que nos ocupa, hasta el momento de celebrarse en la ciudad de Buenos Aires la IX Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Sr. PRESIDENTE. Como la parte que acaba de leernos el señor Presidente de la Delegación uruguaya se refiere a alimentación y nutrición, dejaremos la discusión para cuando llegue el tema respectivo.

Invito a otros señores Delegados que deseen hacerlo, a exponer en forma sintética sus puntos de vista con respecto a la labor desarrollada en los últimos años.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Entiendo que una de las finalidades principales de estas conferencias es exponer en forma sencilla y simple el resultado de nuestras experiencias personales, para someterlas a la opinión de los demás Delegados.

Quiero declarar, ante todo, que a mi juicio, mientras no haya saneamiento permanente, todo dinero que se emplee en forma transitoria con el objeto de lograrlo, resulta efímero e ineficaz.

La organización sanitaria de Costa Rica figura en un número del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Descortesía imperdonable sería repetirla, y sólo he de recordar que su característica es la centralización de todas las actividades de higiene y de defensa social en un organismo diferenciado, con autoridad única y responsabilidad única también: la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social. Sin embargo, la falta de decisión para llevar la ley, del campo de la doctrina al terreno de la realidad—siempre los intereses creados estorbando el progreso—mantiene algunos servicios de higiene, y algunas instituciones de asistencia pública, fuera del control inmediato del Ministerio.

Entre los modestos avances de la salubridad en mi país permítaseme espiar los siguientes:

1. Creación de Unidades de Salud Pública. Esta organización centraliza, coordina y pone bajo una sola responsabilidad y dirección todas las actividades sanitarias y asistenciales de una localidad. Dos unidades funcionan en la actualidad en zonas esencialmente agrícolas y el presupuesto para el año próximo contempla la creación de dos unidades más. El propósito es generalizarlas aún para las ciudades de más de 30,000 habitantes, es decir, en todo el país.

2. Nueva orientación de la lucha contra el paludismo y la anquilostomiasis, dando la primacía al saneamiento permanente del suelo. Este punto, como el anterior, me será un placer comentarlos—si los compañeros me lo permiten—al discutirse los temas que llevan por títulos "La Higiene urural y la Anquilostomiasis."

3. Agua potable. Es un viejo y saludable afán de los gobiernos de mi país dar a los pueblos agua potable, aun cuando con mucha frecuencia se confunda con el nombre de agua potable la simplemente entubada. La provisión de agua potable aun para pequeñas agrupaciones significa siempre grandes desembolsos, pues el país sólo cree en el agua que le llega por gravedad y desecha todos los otros sistemas de provisión: pozos simples, artesianos, galerías filtrantes, etc., porque no quiere saber nada de bombas ni de motores. Algunas experiencias poco afortunadas de estos sistemas son responsables de un criterio que obligadamente hay que enderezar. En la actualidad de una fuente de agua de primera calidad que a borbotones vomita el suelo se lleva el agua a una distancia de 100 km. y desde una altura de 800 m. a la orilla del mar para ofrecerla a nuestro principal puerto sobre el Pacífico, Punta Arenas, y a las poblaciones intermediarias. Será un placer constatar en breve la reducción de la mortalidad y la morbosidad general e infantil con la fuga de las fiebres tíficas y paratíficas, de la disentería amibica y de numerosos trastornos intestinales que tienen su origen en el agua inadecuada para el consumo.

4. Saneamiento indirecto. La fiebre de carreteras que ha invadido a todos los países como si se hubieran puesto de acuerdo hace que los respectivos Gobiernos, sin pretenderlo, ni siquiera sospecharlo, hayan prestado a la Higiene pública una cooperación de valor inapreciable. Alrededor de 500 km. de carreteras con pavimentación de primera clase han sido construídos en los últimos cuatro años.

5. Estupefacientes. El consumo per capita de drogas estupefacientes está reducido al mínimo y responde a las necesidades terapéuticas del país. El Estado tiene el monopolio de su importación y venta no con fines fiscales sino de simple control. El Departamento expendedor de drogas sólo vende a establecimientos autorizados para comprar una cantidad igual a la vendida para usos terapéuticos de acuerdo con las recetas que presenten. Falta asegurar a los enfermos pabellones en el Hospital de insanos para su tratamiento. La importación de la heroína está prohibida por la ley.

6. Tuberculosis. Creación de un dispensario central; transformación del Sanatorio de Asilo que antes era en clínica; construcción de pabellones en cada hospital para la tuberculosis que no se beneficia del sanatorio, ya que las condiciones económicas del país no permiten la construcción de un hospital especial de aislamiento.

7. Ensayos del tratamiento de la lepra con el tripán azul. Ninguna conclusión se puede sentar aún. Ensayos se hacen en la actualidad con un preparado de la casa Bayer: el Hoechst 4828. "Mientras estuve en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Puerto Rico," se habló de esta cuestión con bastante énfasis. Un cablegrama de la Fundación Rockefeller, con una firma muy autorizada, me hizo pensar que algo podía hacerse en ese sentido, y se ha estado aplicando este preparado en la leprosería de mi país, sin que se pueda dar naturalmente ningún resultado traducido en números.

8. Paludismo. Demostraciones de su control mediante el saneamiento permanente del suelo. Venta de quinina por el Estado para ofrecerla a precio de costo. Las gentes de las más apartadas regiones pueden contar con los beneficios de quinina barata, pura, fresca y expedita en la mejor forma de administración. El país ha sido dividido en zonas palúdicas. En las zonas declaradas palúdicas los finqueros están obligados a mantener un servicio de control de zancudos, a practicar drenajes, a esterilizar las grandes colecciones de aguas de drenajes imposible y a proveer de quinina los trabajadores. La cooperación de la Fundación Rockefeller, por medio de su delegado en Costa Rica, Dr. Molloy, ha sido preciosa.

9. Ley contra el ofidismo. Ha sido muy eficiente. Meses hubo en años anteriores que hasta once personas murieron como consecuencia de las mordeduras de culebras venenosas. La aplicación pronta del suero Butantan ha reducido a cero la mortalidad.

10. Carro sanitario. Un ferrocarril comunica el Puerto de Limon en el Atlántico con el de Punta Arenas en el Pacífico. A ambos lados, partiendo de la ciudad de San José, Capital de la República y desde una altura de 800 m. comienzan las zonas palúdicas y de alta prevalecencia de la anquilostomiasis, con todo su cortejo de miserias. La asistencia médica de esas poblaciones era nula. Los enfermos pobres, que los eran todos, tomaban cualquier día el tren para engrosar el número de pacientes de los hospitales por enfermedades que podían ser tratadas a domicilio. El problema ha sido en gran parte resuelto con la construcción de un carro que se agrega a cualquiera de los trenes y

que se estaciona donde sea necesario. El carro está provisto de su laboratorio para exámenes rutinarios de heces, orina, esputos, sangre; de drogas específicas de material de propaganda; de material de urgencia.

11. Mortalidad general. La mortalidad general continúa alta: 20 por mil. Las principales causas de muerte son: paludismo, parásitos intestinales, gastroenteritis, bronquitis, neumonías, bronconeumonías, tuberculosis, cáncer, enfermedades del corazón e influenza. El paludismo y los parásitos intestinales son asimismo causas de morbosidad y de invalidez para el trabajo. Entre las causas indirectas de mortalidad y morbosidad: salario bajo en relación con el costo de la vida; asistencia médica tardía o nula; incorrecta disposición de excretas; alimentación escasa, no vale la pena hablar de mal balanceada; vivienda insalubre; cultura general e higiénica escasas.

12. Mortalidad infantil. La mortalidad infantil nos sorroja. Las causas de este desastre son las mismas señaladas en la mortalidad general más el triste aporte de las enfermedades infecciosas propias de la niñez: sarampión y tos ferina principalmente. Como causas indirectas: ignorancia general, ignorancia higiénica, miseria, indiferencia.

13. Natalidad alta, 45.8 por mil habitantes. Es la característica del dominio de los pueblos de condición rural sobre los de condición urbana. La demografía considera como natalidad normal de 30 a 40 por mil.

14. Crecimiento vegetativo. La población crece en virtud de sus propios hijos. La inmigración no ejerce ninguna influencia en el aumento de su población. En cinco años el crecimiento vegetativo ha aumentado la población en 46,333 habitantes (97.82%) y el crecimiento inmigratorio es 1031 (2.18%); de manera que no es un país de inmigración.

15. Índice Vital. El índice vital en 1927 alcanzó a 211.6. Costa Rica es, pues, un país que tiene derecho a vivir.

16. Presupuesto. El presupuesto es el reflejo del interés del gobierno de un país en una dirección dada. Se dice que el dinero no es todo en la vida, pero sin él no es posible realizar absolutamente ninguna obra. En 1915 un cuarto de la moneda del país, equivalente a 25 céntimos oro por habitante y por año, estaba dedicado exclusivamente a la asistencia pública; actualmente es de 4 colones por año y por habitante, es decir ocho veces más; la mitad para higiene propiamente dicha y la otra para asistencia pública. Es mi afán que, antes de cinco años, esta suma sea duplicada y distribuída así: 4 colones para asistencia pública y seis para higiene; mas no para aumentar la burocracia de las ciudades, que son brazos que se le restan a la agricultura, sino para obras de saneamiento: de drenajes, excusados sanitarios, etc. Las obras de saneamiento de mayor envergadura como cañerías y cloacas corresponden a la Secretaría de Fomento.

17. Abolición de la Reglamentación de la Prostitución. Existe en el Congreso un proyecto sobre abolición de la reglamentación de la prostitución, reemplazado con aumento de las clínicas antivenéreas gratuitas: creación de dispensarios profilácticos; amplia educación sexual iniciada desde la escuela.

18. Ley de médicos oficiales que da a las funciones sanitarias y de protección social, supremacía sobre las de asistencia pública. Las unidades sanitarias reemplazarán este servicio.

19. Enfermedades no existentes: Fiebre amarilla, peste, cólera, tifo exantemático, viruela, tracoma, oncocerciasis, rabia.

20. Fiebre ondulante. No existe o no ha sido encontrado, apesar de que se la ha buscado.

Campaña educativa. Ha sido intensificada por todos los medios: literatura, conferencias, proyecciones.

El Sr. PRESIDENTE. Desea alguno de los otros señores Delegados exponer su informe?

Dr. DIEZ DEL CIERVO (Venezuela). La Honorable Comisión Organizadora de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana ha manifestado la conveniencia de que cada Delegado de las naciones concurrentes a esta científica Asamblea, presente un informe escrito sobre los progresos realizados en su país después de la última Conferencia; y he considerado que la manera más apropiada de corres-

ponder debidamente a esa excitación, como Delegado por Venezuela, es haciendo una exposición del cumplimiento que se ha dado en mi país a las recomendaciones contenidas en el Acta Final de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Lima en 1927.

Así podrá seguirse, paso a paso, la evolución del organismo sanitario venezolano y se verán de relieve los múltiples trabajos que, tanto el Gobierno de la República como las autoridades sanitarias, han realizado en pro de la Salubridad Pública.

Código Sanitario Panamericano.—En diciembre 1931, el Gobierno Nacional dictó un nuevo Reglamento de Sanidad Marítima, basado en las disposiciones establecidas en el Código Sanitario Panamericano y en el cual se ha puesto en vigencia el Memorándum de interpretación del mencionado Código aprobado por la VIII Conferencia ya citada. En ese Reglamento se adopta, como modelo oficial, la Patente de Sanidad a que se refiere el artículo 16 de dicho Código. Además, en nuestros tres puertos principales, La Guaira, Puerto Cabello y Maracaibo, las respectivas Oficinas de Sanidad Marítima se han organizado convenientemente para el más rápido diagnóstico posible de las enfermedades infecto-contagiosas. Cada una de esas Oficinas consta de un médico del puerto, de un médico bacteriólogo adjunto, de un laboratorio bien equipado para los exámenes correspondientes, de un personal adiestrado y con suficiente material para la captura y destrucción de las ratas, que se efectúa sistemáticamente, así como su examen diario desde el punto de vista del *Bacillus pestis*. Estos puertos están provistos igualmente de agua química y bacteriológicamente potable, de aparatos modernos para la fumigación de buques, y la Oficina de Estadística Sanitaria del Ministerio de Salubridad colecciona y controla los datos de la morbosidad y de la mortalidad que ocurren en ellos. En el de La Guaira existe un espacioso y moderno edificio de cuarentena para el asilamiento de cualquier caso sospechoso de enfermedad cuarentenable.

En los demás puertos de la República, habilitados para el comercio con el exterior, funciona una medicatura de sanidad a cuyo cargo está la vigilancia del estado sanitario del puerto y de los buques que arriben o zarpen de él, y la aplicación de todas las medidas prescritas en el Reglamento de Sanidad a que vengo refiriéndome.

En mayo de 1932 el Ministerio de Salubridad dictó las instrucciones que han de servir de norma de interpretación al Reglamento de Sanidad Marítima, para su mejor cumplimiento por parte de los funcionarios encargados de su ejecución. En esas instrucciones están indicadas especialmente las medidas que deben tomarse en la lucha contra las ratas.

Con la adaptación de los principios científicos que presiden la legislación sanitaria internacional, Venezuela suma su acción a la de los demás países civilizados en la lucha contra las enfermedades transmisibles, que se presentan con carácter epidémico, ciñéndose al objetivo, universalmente perseguido, de obtener la mayor protección contra ellas con el menor número de dificultades para el tráfico y el intercambio comercial.

Toxicomanías.—En Venezuela no se cultiva ni fabrica ninguno de los productos estupefactivos a que se contraen las Convenciones del Opio y la de Limitación para fabricar y reglamentar la distribución de Estupefactivos de 1931. Esas drogas sólo se importan para fines exclusivamente medicinales; y su importación y expendio están regidos por una severa Ley inspirada en las estipulaciones de las expresadas Convenciones, de las que es signataria la República y que fueron ratificadas por nuestro Gobierno.

Entre nosotros no existen fumaderos de opio, ni ninguno de esos otros centros de perversión social de donde nacen otras toxicomanías; pero sí existen algunos morfínomanos, más bien enfermos verdaderos que viciosos perversos, cuyo número se ha reducido paulatinamente por las medidas de higiene y de terapéutica con que es costumbre tratarlos.

Nuestra Ley de Estupefactivos establece que las personas que por hábito consumieren algunas de esas drogas en dosis superiores a las fijadas por la misma Ley, sin padecer enfermedad que justifique su uso, sean sometidas al tratamiento curativo del hábito, previo examen de tres médicos designados por el Ministerio de Salubridad.

Los benéficos efectos de la vigilancia y contención de la importación de las drogas estupefactivas, los hemos palpado de una manera inmediata y convincente.

Creación de un Ministerio de Salubridad.—El Gobierno venezolano, compenetrado de la verdad que encierra esta recomendación, tan magistralmente expuesta y defendida en la anterior Conferencia por el Delegado del Perú, Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, creó, por Decreto Ejecutivo de fecha 11 de agosto de 1930, el Ministerio de Salubridad, bajo cuya suprema dirección se han concentrado todas las actividades sanitarias que antes estaban bajo la dependencia de una Dirección de Sanidad, subordinada a su vez al Ministerio de Relaciones Interiores.

Bajo el impulso de esta autoridad única, la Salubridad Pública ha adquirido el alto rango que realmente le corresponde entre los distintos ramos de la administración general. Este Ministerio funciona con 22 medicaturas de sanidad en los Estados, 10 medicaturas de puertos, 24 servicios sanitarios; y tiene bajo su dependencia 63 médicos, 2 ingenieros, 60 oficiales de sanidad y 575 empleados.

Y confiado como ha sido este Departamento a uno de nuestros jóvenes médicos, Dr. Henrique Toledo Trujillo, de reconocida actividad y competencia y eficientemente preparado para esta labor de saneamiento por su permanencia de dos años al frente de la Dirección de Sanidad está realizando, desde su creación una fecunda labor de mejoramiento efectivo del estado sanitario del país, como lo irán demostrando los hechos, mejor que mis palabras, en el curso de esta exposición.

Peste bubónica.—La peste bubónica invadió por primera vez a Venezuela el año de 1908, importada probablemente de las Antillas vecinas, en donde se habían presentado casos desde el año anterior. El primer enfermo fué observado en el Puerto de La Guaira y de allí la enfermedad invadió a Caracas, propagándose principalmente en los alrededores del Mercado Principal y en aquellas casas situadas en las proximidades de las quebradas que cruzan la ciudad, y las que constituían en aquella época, excelentes criaderos de ratas.

Desde entonces se emprendió una activísima campaña contra estos roedores, campaña que ha venido intensificándose cada día más, por todos los medios científicos conocidos, para hacer imposible el contagio vertical; toda vez que, como ya lo ha expresado en otra ocasión el Dr. Paz Soldán, "todo caso humano de peste es la expresión de una base epizootica."

En Caracas el último caso fué el año 1919; y en los municipios Táchata y Cúa del Estado Miranda, aparecieron otros casos esporádicos en 1928, los cuales, por lo poco frecuentado de esos lugares y por las energicas medidas que se tomaron de aislamiento de enfermos, aplicación de suero Yersin y de la linfa Hafkine a large mano y el intensivo envenenamiento de roedores, fueron rápidamente dominados, sin que la enfermedad se extendiera a otras regiones.

Nuestra legislación sanitaria no permite la construcción de edificios que no estén a prueba de ratas y de pulgas; y a los ya construídos con anterioridad a esta disposición, se les dió un plazo razonable para adaptarse a ellas. Asimismo se fijaron reglas para la construcción de trojes destinados a depositar maíz y otros cereales, que son sitios apropiados para criaderos o abrigos de ratas. Además en la capital y en los puertos de la República, como ya lo he dicho, se captan, examinan y clasifican diariamente estos roedores y sus pulgas, a fin de estar siempre alerta para evitar cualquiera sorpresa de esa enfermedad.

Parasitosis intestinales.—Las autoridades venezolanas, en todo tiempo, se han ocupado de este asunto de tanto interés general.

Existe un servicio especial compuesto de médicos, técnicos e inspectores convenientemente preparados para la lucha contra la anquilostomiasis. Este Servicio, de conformidad con un plan determinado, procede a levantar regularmente el censo de las casas de una población rural infectada, para averiguar las que carecen de letrinas, o las que las tengan en malas condiciones, a fin de ordenar su construcción o reparación.

Cuando el número de letrinas alcanza a un 75% del número total de casas, por lo menos, se instituye el tratamiento con el aceite tetraclorurado al 100 por mil, y el cual es suministrado gratuitamente por el Ministerio de Salubridad en la cantidad anual de medio millón de litros, más o menos.

En la lucha contra este flagelo agotador de las energías de nuestros hombres de campo, hemos tenido desde 1929 hasta el año pasado la valiosa cooperación

de la Fundación Rockefeller, la que nos envió como su Representante al Dr. Hill, primero, y, después en reemplazo de éste, al Dr. Elmendorf Jr., para la dirección técnica de los trabajos. En los cuatro años de la colaboración de la Fundación Rockefeller, fueron construídas, en regiones conocidas como anquilostomíasicas, 27,652 letrinas y se aplicaron 60,613 tratamientos, siendo de advertir que no hubo que lamentar ningún accidente por la ingestión del aceite tetraclorurado.

La construcción de letrinas y la aplicación de tratamiento, ha sido mucho mayor en toda la República. Los datos citados se refieren únicamente a los trabajos dirigidos por la Fundación Rockefeller.

En 1930, el Ejecutivo Federal creó una institución científica, denominada Conferencia Sanitaria Nacional, con el fin único de "estudiar los problemas de la higiene pública en relación con la obra de saneamiento general del país"; la Comisión Organizadora de esta institución dispuso consagrar un año entero al estudio, por todos los profesionales de la República, de una enfermedad escogida entre nuestras principales endemias para "conocer su distribución entre las distintas poblaciones, investigar las causas de su aparición y sostenimiento en ellas, sus modalidades clínicas y las mejores medidas de su profilaxia y tratamiento." A la labor de esta Conferencia me referiré más adelante; pero cabe exponer aquí, que su primer año de trabajos fué dedicado al estudio exclusivo de la anquilostomiasis en Venezuela. Para ello se elaboró un bien meditado plan de instrucciones generales que se distribuyó profusamente entre todo el cuerpo médico, en especial, entre los funcionarios sanitarios; y se preparó con el mismo objeto un grupo de técnicos especializados en investigaciones coprológicas.

En los 13 Estados inspeccionados se efectuaron, durante el año de 1930, 20,387 exámenes de heces, habiéndose obtenido un porcentaje medio positivo de 52 para el anquilostomo.

Con respecto a las otras parasitosis intestinales observadas, por el porcentaje de infestación encontrado en 6,917 exámenes coprológicos practicados durante el año de 1933 en el Laboratorio de Bacteriología y Parasitología, dependiente del Ministerio de Salubridad, se ve que el parasitismo asociado alcanza a un promedio de 88% en los exámenes efectuados.

Estos trabajos han sido remitidos oportunamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, de acuerdo con la recomendación 14^a a que vengo contrayéndome.

Enfermedades venéreas.—Como uno de los mejores medios de defensa contra estas enfermedades degeneradoras de la raza humana, las autoridades sanitarias de Venezuela han emprendido una intensiva campaña educacional, con el fin de ilustrar a las masas y crear una conciencia sanitaria popular a este respecto, para obtener así la cooperación de todos los gremios de la sociedad, tan indispensable para combatir esta plaga social.

En la persecución de este propósito, el Ministerio de Salubridad dedicó una semana, que se denominó "Semana Antivenérea," para atraer la atención pública sobre este particular. Durante esa semana se radiodifundieron conferencias, se publicaron artículos en todos los periódicos del país, se distribuyeron carteles y folletos y se exhibieron adecuadas cintas cinematográficas en todos aquellos centros en donde se desenvuelven las actividades de nuestro pueblo.

Desde entonces esa propaganda se ha sostenido en el país por todos los medios apropiados para ello.

En Venezuela la prostitución no fué nunca reglamentada, ni el Gobierno ha permitido las casas de tolerancia sometiénolas a un control oficial; pero sí empezó a funcionar, desde la creación de la Oficina de Sanidad Nacional en 1909, un servicio antivenéreo adscrito al de epidemiología. Los Dres. Razetti, Rísquez, Ochoa y Chacín Itriago consagraron sus esfuerzos a la campaña antivenérea por medio de la prensa y de conferencias populares.

En 1926, el Presidente Gómez fundó un Dispensario moderno en donde se practica sistemática y gratuitamente el tratamiento de todos los infectados, como si se tratara de cualquiera otra enfermedad contagiosa, sin preocuparse de su condición social; pero tomando en cuenta especialmente aquellos a quienes su situación económica no les permite afrontar los gastos de una clínica particular.

Este Dispensario está servido por un personal especializado y funciona diariamente en horas apropiadas para que pueda concurrir a él el elemento trabajador, sin perjudicarse en sus habituales ocupaciones; y como en el mismo

edificio actúan distintos servicios sanitarios, concurren allí varias personas con diversos fines, de modo que ninguna está en capacidad de saber cuáles son las que acuden a tratarse enfermedades venéreas.

La eficiencia de este Dispensario la demuestra la rápida progresión ascendente del número de consultantes después de la semana antivenérea.

Como complemento de este servicio, funciona la sección de Serología del Laboratorio de Bacteriología, en donde se practican los Wassermanns y Kahns que son necesarios para diagnosticar la sífilis y seguir la marcha de los enfermos, y también los demás exámenes requeridos por las enfermedades de esta índole. En el año de 1933 se efectuaron en dicha sección 14,712 análisis de sangre, con una media anual de 39.83% de resultados positivos.

En los Estados Mérida y Zulia existen también Dispensarios antivenéreos; y a todas las medicaturas de Sanidad, en especial a las de Aragua y Carabobo, las provee el Ministerio de Salubridad de preparados arsenicales y bismútics para el tratamiento gratuito de los enfermos.

Está en vigencia, además, una resolución gubernativa por la cual el precio de estos preparados no puede ser recargado en un 10% sobre su valor de factura y los gastos que se ocasionen hasta el lugar de expendio, debiendo las farmacias mantener la lista de esos precios en un lugar visible para el público, a fin de que puedan ser constantemente vigilados por los funcionarios sanitarios.

Vacunación antituberculosa.—La profilaxia de la tuberculosis ha sido y es una constante preocupación de las autoridades sanitarias venezolanas, así como en todo tiempo lo ha sido y lo es de todas las higienistas del mundo entero, quienes cada día mas se interesan en su propósito de librar la humanidad de ese flagelo.

El Ministerio de Salubridad, animado de ese generoso afán, ha seguido con patriótico interés los trabajos que se han venido practicando en muchos países sobre la vacuna BCG de Calmette y Guerin; se ha empapado con serenidad de cuanto se ha escrito en su favor y en su contra; y plenamente convencido de la perfecta inocuidad, por una parte, de dicha vacunación y de la eficacia de su acción premunitora, por la otra, comisionó al distinguido bacteriólogo venezolano, Dr. Alberto J. Fernández, para que estudiara en el propio laboratorio de Calmette, la manera de prepararla a fin de establecerla en nuestro país.

De regreso el Dr. Fernández, dictó el Presidente Gómez, en diciembre de 1932, un Decreto creando el Laboratorio BCG para la elaboración de esa vacuna en Venezuela. Ese Laboratorio se instaló en seguida, en ese mismo mes, en un local destinado exclusivamente para ello y bajo la dirección de los Dres. Alberto J. Fernández y José Ignacio Baldó, con un técnico y el personal de enfermeros necesario. Las operaciones concernientes a la elaboración de la vacuna las practica personalmente el médico bacteriólogo, quien organiza el ritmo de esa elaboración a fin de que sea preparada por lo menos seis veces en cada mes, llevando constancia de las distintas fases del proceso y su control de una manera permanente.

Esa vacuna se distribuye gratuitamente en los servicios de puericultura dependientes del Ministerio, también en todos aquellos institutos en donde puede ser aplicada, aun cuando no sean de su dependencia, y asimismo a todos los médicos y parteras que la soliciten.

Se suministra además, a los ganaderos, también gratuitamente para la inmunización de sus crías; y tanto de la vacunación humana como de la bovina, se lleva la estadística correspondiente, observándose exacta y escrupulosamente las pautas señaladas por el Instituto Pasteur de París.

En el año 1933 se vacunaron 889 niños y 105 terneros, sin que hasta ahora se haya presentado ningún inconveniente por el uso de esta vacuna.

Examen prenupcial.—El Ministerio de Salubridad, aunque penetrado de las ventajas que encierra para la sociedad, desde el punto de vista eugénico, no ha juzgado aún oportuno hacer obligatorio el cumplimiento de este requisito previo para la celebración del matrimonio. Entre nosotros han existido y existen partidarios de esa medida, distinguiéndose entre todos, nuestro siempre bien recordado maestro Dr. Luis Razetti, reconocida autoridad científica en problemas médicosociales; pero en lo relacionado con las enfermedades venéreas, el Ministerio considera que, la protección ofrecida por dicho certificado prenupcial a los contrayentes, es muy pequeña comparada con la garantizada por otras disposiciones sanitarias de que ya se ha hablado antes, tales como la formación de una conciencia popular por medio de una sostenida y

bien dirigida propaganda educativa acerca del modo de evitar estas enfermedades y múltiple difusión de dispensarios para el tratamiento gratuito de los enfermos.

Protección al obrero.—El Congreso de Venezuela en julio de 1928 sancionó una Ley de Trabajo, en la cual se ha tomado en cuenta la salud y bienestar de la clase trabajadora, tan íntimamente ligados a la prosperidad de las naciones.

Entre las condiciones señaladas en esa Ley para el contrato de trabajo, se hace obligatorio, en primer término, el que se le preste suficiente protección a la salud y a la vida de los obreros; se les ampare contra los accidentes y enfermedades profesionales; se fijen los días y las horas hábiles para el trabajo, prohibiéndose el que ningún obrero o empleado trabaje más de nueve horas diarias; se reglamenta el trabajo de noche, el de las mujeres, principalmente en las épocas del embarazo y la lactancia, y el de los menores de 18 años y mayores de 14; se obliga a las empresas a tener hospitales declarados suficientes por la autoridad sanitaria para prestar la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica a sus empleados; se prescriben las condiciones de aseo, ventilación y salubridad de los edificios y talleres industriales; y, en una palabra, en la mencionada Ley está previsto todo aquello que pueda redundar en beneficio de la salud y del desarrollo físico normal de los obreros.

El Congreso Nacional, además, por insinuación del Presidente Gómez, creó un Banco Obrero, con un capital de 10 millones de bolívares para facilitar la adquisición de casas de habitación, baratas e higiénicas, a los obreros pobres, de buena conducta y que carezcan de vivienda propia.

Alastrim.—En los contados casos que se han presentado de esta enfermedad en algunas apartadas regiones del territorio venezolano, se ha procedido de conformidad con la recomendación de que el alastrim debe ser considerado como equivalente a la viruela y se han tomado todas las medidas profilácticas pertinentes, como si se tratara de viruela verdadera. El éxito que hemos alcanzado revélase en la casi extinción de la viruela, por medio de la vacuna obligatoria, que se prepara en el Laboratorio de Bacteriología y Parasitología y se distribuye en toda la República, en la cantidad de 445,766 dosis, como promedio anual.

Intercambio de legislaciones sanitarias.—Compenetrado el Ministerio de Salubridad del gran interés que representa ese intercambio, ha solicitado repetidas veces, por órgano de la Cancillería venezolana, el envío de las Leyes, Reglamentos y disposiciones sanitarias de los demás países americanos; y asimismo por igual órgano, ha remitido los de esa índole que se han dictado en Venezuela. Este envío ha sido hecho siempre directamente a la Oficina Sanitaria Panamericana.

Higienización de la leche.—En nuestro Reglamento de Sanidad se establece que, para poder instalar establos de ordeño se requiere el permiso previo de la autoridad sanitaria, la que no lo otorgará si no encuentra el local en las condiciones fijadas para esta clase de industrias, y que son las siguientes: piso de material impermeable; paredes frías, pulidas y revestidas, hasta 1 m. de altura, de cemento y otro material a prueba de ratas; techos situados a una altura no menor de 3 m. y con la anchura suficiente para proteger a los animales del sol y de la lluvia, departamentos en número de tres, por lo menos: uno para los animales, otro para el alimento de ellos y otro a prueba de moscas para el envasamiento de la leche; e instalación de agua, que debe ser calculada, en su base mínima, en la proporción de 100 litros para cada animal.

Es obligatoria, además, la colocación de los estiércoles, basuras y restos de alimentos, en receptáculos metálicos herméticamente tapados y situados fuera del establo.

Toda persona que se ocupe del cuidado de animales de ordeño, que practique esta operación, que envase, transporte o venda leche, debe estar provista de un Certificado de Salud, renovado cada seis meses o cuantas veces lo requiera la autoridad sanitaria.

No puede ser utilizada la leche dentro de los últimos quince días que preceden el parto ni en los ocho días siguientes.

La prueba de la tuberculina es obligatoria practicarla en las vacas de ordeño.

Toda leche cuya densidad sea menor de 1.025 a 15° C se considera sospechosa; y como adulterada la que contenga más de 88% de agua, menos de 11% de materias sólidas y menos de 2.77% de grasa.

Existe un servicio de Inspectores ocupados especialmente en la vigilancia cotidiana de los expendedores ambulantes o fijos de leche; y diariamente se

recogen muestras de esos expendedores para ser analizadas en el Laboratorio de Química, dependiente del Ministerio, castigándose con multas de 2,000 bolívares a los adulteradores.

En Caracas funciona un establecimiento particular de higienización de la leche, llamado "Lechería Modelo"; y el Ministerio de Salubridad posee una planta de esterilización de la leche que suministra a los Dispensarios de Puericultura.

Organización hospitalaria.—Priva en el ánimo del Ministerio de Salubridad el concepto expresado por el Dr. Paz Soldán en la Conferencia anterior, acerca de que "el Hospital debe ser considerado como instrumento de la medicina social, para que sea un verdadero taller de salud, baluarte contra la insalubridad, expresión de la voluntad de vivir de una nación celosa por salvaguardar a sus hijos de las acechanzas de la muerte, y garantía de prosperidad sanitaria, de seguridad para el trabajador, el soldado, el marino, o el escolar enfermo, y, por consiguiente, garantía asimismo de la riqueza, de la fuerza, de la libertad y de la afirmación nacionales."

El Gobierno venezolano, por su parte, procura que el hospital no sea visto, como hasta hace poco tiempo, como algo deprimente, como la expresión de la más absoluta miseria, del más completo desvalimiento, como el último refugio adonde no ocurre el obrero sino cuando ya agotados todos los recursos y carcomido por la enfermedad, se resigna a sufrir lo que él juzga una humillación; y lo que es peor de todo es que esa resolución viene a ser tomada, en la generalidad de las veces, cuando ya el mal no tiene remedio.

Nuestra nueva Ley de Sanidad de 1931 dispone, en su artículo 12, que las clínicas de hospitalización, enfermerías, hospitales, casas de salud, sanatorios y cualesquiera otros establecimientos similares, de propiedad particular o de asociaciones benéficas, estén bajo la vigilancia del Ministerio de Salubridad que la ejerce directamente o por medio de los funcionarios competentes de sanidad que designe.

Funcionan actualmente en Venezuela 51 hospitales con capacidad para 3095 camas y con una renta mensual de Bs. 162,528.

Formación del personal sanitario.—Hemos dado ya los primeros pasos en este sentido. Con fecha 28 de febrero de 1930, se creó una escuela para oficiales de sanidad y técnicos de laboratorio, la que funcionó con 189 aspirantes de los primeros y 15 de los segundos, bajo la dirección de profesionales del personal de la Sanidad.

Muchos de estos individuos, convenientemente preparados, están hoy prestando sus servicios en los distintos ramos sanitarios, en especial, en las campañas contra el paludismo y la anquilostomiasis.

Higiene escolar.—En julio de 1929 el Gobierno Nacional creó el Servicio de Vigilancia e Inspección Sanitaria Escolar, con el personal siguiente: un médico Jefe del Servicio, un médico adjunto, un médico otorinolaringólogo, un médico oculista, dos cirujanos dentistas y cuatro ayudantes.

Este Servicio abarca los ramos siguientes: ojos, oídos, nariz, garganta, piel, pulmón, nutrición, anormalidades físicas y mentales; cirugía y prótesis dental, rayos X e investigaciones bacteriológicas y parasitológicas.

En el Reglamento de este Servicio se establece con carácter obligatorio el certificado de salud y de profilaxia escolar, tanto para los alumnos de cualquier plantel o instituto de enseñanza, público o privado, como para los que desempeñan los cargos de maestros, profesores y directores de dichos establecimientos.

Ese certificado debe ser renovado cada año y cuantas veces lo disponga la autoridad sanitaria; y su presentación es obligatoria en cualquier sitio que la misma autoridad lo requiera.

Además del personal nombrado para este Servicio, los médicos de Sanidad los Estados y Puertos de la República están en el deber de visitar los planteles de enseñanza de sus respectivas jurisdicciones, con el fin de investigar el estado de salud de los maestros y discípulos y de proveerlos del certificado correspondiente.

Los médicos y dentistas de este Servicio prestan diaria y gratuitamente los cuidados de su respectiva especialidad a los alumnos y personal de los institutos docentes.

En ese Reglamento se especifica lo que constituye caso de incapacidad permanente o transitoria para el ejercicio del profesorado, también se señalan las causas que justifican la inasistencia a clases por parte de los escolares, y se fijan las condiciones de espacio, aire y luz que deben llenar los edificios destinados para escuelas y demás institutos de enseñanza.

Venezuela, al darle estricto cumplimiento a las recomendaciones sanitarias de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, indudablemente que ha realizado un gran adelanto en su obra de saneamiento; mas no se limita a ello el progreso alcanzado.

En 1928 se establecieron dos Hornos Crematorios, uno al Este y el otro al Oeste de Caracas, para la incineración de las basuras, desperdicios y cadáveres de animales, con lo que se ha contribuido grandemente a mejorar la salubridad de la población, toda vez que han sido eliminadas esas fuentes seguras de infección.

En agosto de ese mismo año se instaló el Dispensario Antituberculoso de la capital, bajo la dirección de dos médicos especializados en tisiología, con un buen equipo de radiología, y todo lo necesario para el cabal funcionamiento de un establecimiento de esta índole. Hasta diciembre de 1933 se habían tratado en ese Dispensario 21,974 enfermos.

El año de 1929 se distinguió por la creación de dos nuevos Laboratorios en la Oficina Central de Sanidad: el Laboratorio de Fisioterapia y Radiumterapia y el Laboratorio de Análisis de Aguas.

Para la instalación del primero se comisionó previamente al médico venezolano, Dr. T. Landaeta Sojo, para que se trasladara a los Estados Unidos a estudiar el rádium, sus aplicaciones y técnica, la profilaxia del cáncer y todo lo relativo al tratamiento de esa enfermedad. También se le autorizó para la compra de 250 mgm. de radium y de todos los accesorios indispensables para el eficaz funcionamiento del Laboratorio que se iba a ofrecer a público.

La fecunda labor realizada por este Laboratorio hasta diciembre de 1933, puede condensarse así: 741 enfermos tratados con un total de 7,629 aplicaciones fisioterápicas.

Para el Laboratorio de Análisis de Aguas el Gobierno Nacional contrató los servicios de un especialista norteamericano, Dr. James C. McAlpine. Terminado el contrato del Dr. McAlpine, se encargó de la dirección de este Servicio el Dr. J. B. Ascanio Rodríguez, químico y bacteriólogo venezolano. Desde la fundación de ese Laboratorio las aguas de Caracas fueron analizadas periódicamente; y desde la actuación del Dr. Ascanio Rodríguez se practica el análisis diario de esas aguas, y las de las otras poblaciones de la República cuantas veces es menester. Como es de suponer, importantes servicios ha prestado este Laboratorio en la profilaxia de las enfermedades de origen hídrico, especialmente en la lucha contra las fiebres tifoideas. Cada vez que se denuncia un caso sospechoso de estas enfermedades, se procede a hacer el análisis del agua de la casa del enfermo y la de su circuito de distribución, obteniéndose, casi siempre, como resultado de esas pesquisas sistemáticas y metódicas, el descubrimiento del foco de origen de la infección y, por consiguiente, su inmediata extinción sin dar tiempo a que sobrevengan los estragos de su propagación.

Como consecuencia de esos trabajos hemos conseguido la disminución de las fiebres tifoideas y las disenterías en Caracas y en toda la República.

En este mismo año de 1929 se crearon una nueva Medicatura de Sanidad en el Estado de Carabobo, nueve Inspectorías y cuatro Comisiones Sanitarias en el Distrito Federal y en los Estados Guárico, Bolívar, Falcón, Cojedes, Aragua y Lara.

También se fundó en noviembre de ese año, como ya lo he manifestado, la Institución Científica denominada Conferencia Sanitaria Nacional, que se ha ocupado del estudio de la anquilostomiasis y del paludismo en toda la República, habiéndose deducido de sus investigaciones, utilísimas conclusiones y recomendaciones al Gobierno Nacional, que, llevadas en seguida a la práctica, han dado los resultados apetecidos.

Se inició también en este año la lucha contra el mocezuolo, causa alarmante de la mortalidad infantil en nuestras poblaciones rurales, en donde no existen médicos ni parteras titulares. Para esto se solicitó la cooperación de los Curas Párrocos, de las autoridades civiles y de las personas de mayor significación en los lugares, para encargarlos de la distribución gratuita de las curas umbilicales Jelco entre las personas que pudieren necesitarlas. Hasta septiembre, se han repartido en este año, 2,000 paquetes de esas curas y su beneficioso resultado se manifiesta elocuentemente.

La propaganda sanitaria por medio del cinematógrafo también se emprendió este año para interesar al público en los asuntos de la higiene y hacerle conocer los medios de profilaxia más eficaces contra las enfermedades transmisibles.

En julio de 1930 se creó el Servicio de Certificados de Salud, a cargo de un médico Jefe y de un médico adjunto, con el fin de hacer eficiente el cumplimiento de esta previsora medida sanitaria, de conformidad con las leyes y reglamentos que la ordenan.

En este mismo mes se fundó el Dispensario de Puericultura, denominado de Palo Grande, con un médico especialista en enfermedades de los niños como Jefe de Servicio, adjunto y número suficiente de enfermeras. En 1931 se instaló un nuevo Dispensario de Puericultura, llamado San Ramón, con un personal igual al anterior. Durante el funcionamiento de esos Dispensarios se han tratado 9,904 niños, se han absuelto 28,425 consultas y se les ha prestado cuidados médicos a 2,346 mujeres embarazadas.

En 1931 también se le dió una nueva orientación al Servicio de Estadística Sanitaria, sobre una base rigurosamente científica y de acuerdo con la práctica universalmente aceptada por los países civilizados. Está, así, el Ministerio de Salubridad, en capacidad de poder realizar eficientemente y apoyado en datos precisos, una labor de efectivo saneamiento del país, guiado por las oscilaciones de los diversos índices estadísticos.

En 1932 se hizo obligatoria la prueba de la tuberculina para todas las vacas de ordeño y se estableció la incineración de aquellas en las que se comprueba la tuberculosís; se dictó también una Resolución para la aplicación sistemática y metódica de la prueba de Schick entre los escolares y la consiguiente vacunación antídiférica en los que resultaren positivos a dicha prueba, a fin de evitar los casos que, con alguna frecuencia, aunque no con carácter epidémico, venían presentándose en Caracas y en algunas poblaciones.

En ese mismo año se organizó una intensa campaña antipalúdica, para lo cual se nombraron distintas comisiones, constituidas cada una por un médico y un técnico de laboratorio y provistos del material necesario para efectuar los análisis requeridos por el cabal desempeño de su cometido.

Estas comisiones son verdaderos dispensarios antipalúdicos ambulantes, que están haciendo efectivas las recomendaciones de la Conferencia Sanitaria Nacional y se ocupan al mismo tiempo en instruir las poblaciones rurales, que son su principal campo de acción, sobre las medidas profilácticas más elementales para defenderse contra la enfermedad.

Con la constante prédica y la perseverante labor de estas comisiones, se ha logrado interesar a las autoridades locales en la obra de la desecación y relleno de lagunas y demás estancamientos de aguas.

Y con el fin de poner las sales de quinina al alcance de todos los gremios, se dictó una Resolución ordenando que dichas sales no pueden ser recargadas más de un 10% sobre el valor de factura más los gastos hasta el lugar de expendio.

Además el Ministerio distribuye gratuitamente entre las personas pobres, alrededor de 2 millones de pastillas de bisulfato de quinina de 0.20 gm por año.

En julio de 1933 el Presidente de la República, Gral. Gómez, dictó un Decreto adscribiendo al Ministerio de Salubridad los terrenos de "El Algodonal" y destinándolos para la construcción de un sanatorio popular antituberculoso. Estos terrenos por su situación a 10 minutos de un centro de recursos como Caracas, a la cual están unidos por una magnífica carretera, por su abrigo contra los vientos fuertes, por su insolación diaria de no menos de 10 horas, por su temperatura y por su agua abundante y pura, constituyen el sitio perfectamente apropiado para un establecimiento de esa índole.

También fué creada, en esa misma fecha últimamente citada, una beca para estudiar en uno de los institutos especializados del Brasil, las distintas variedades de serpientes ponzoñosas y la mejor manera de preparar, sobre bases científicas, los sueros para el tratamiento de sus mordeduras. Se comisionó para efectuar esos estudios a un joven médico venezolano, Dr. F. Millá de la Roca, quien se había ocupado de tan interesante materia entre nosotros y quien estuvo hasta el mes de septiembre próximo pasado en el Instituto Vital Brazil, de Nicteroi, y hoy está prestando sus servicios a la salubridad pública en ese ramo. Se han construido, en uno de los patios del edificio en donde funciona el Ministerio de Salubridad, dos amplios serpentarios, de acuerdo con las indicaciones del Dr. Millá de la Roca.

En el Laboratorio de Bacteriología y Parasitología del Ministerio se están haciendo investigaciones sobre el veneno de nuestras serpientes.

Este Laboratorio de Bacteriología y Parasitología es un factor principalísimo en la obra de saneamiento del país. Es el complemento obligado de nuestros dispensarios. Y por su actual organización está dividido en tres departamentos, así: departamento destinado a la elaboración de productos biológicos,

como sueros, vacunas, autovacunas; departamento de análisis clínicos, y departamento para investigaciones experimentales. En este último departamento se han estado practicando durante este año interesantes estudios sobre la existencia de la rabia en Venezuela, la que se consideraba hasta ahora como no existente; pero el Dr. Rísquez, hijo, Jefe del Laboratorio, logró aislar un virus de un perro sospechoso de rabia, el que inoculado a otros perros ha reproducido la enfermedad. Se procede actualmente a la elaboración del virus antirrábico.

En la lucha contra la enfermedad de Hansen hemos realizado algunos adelantos dignos de ser mencionados. Los dos edificios destinados a la reclusión de leprosos, situados el uno en el centro y el otro en el occidente de la República, han sido notablemente mejorados. Se han construido nuevos y espaciosos salones, se han instalado en ellos Laboratorios de bacteriología y salas para radiodiagnósticos y terapia superficial; se los ha provisto de cocinas y lavaderos modernos, se han fabricado departamentos para enfermería y salas de cura y operaciones, casas de aislamiento para enfermos en observación y se les ha dotado del mayor número posible de comodidades a fin de hacerles llevadera la vida a los reclusos, quienes se han acostumbrado hoy a ver los leprocomios no como centros de prisión ni como sepulcros de vivos, sino como hospitales especializados en los que obtendrán su curación. A los reclusos se les proporciona también la manera de trabajar, para que encuentren en qué ejercitar sus actividades y en el mismo establecimiento se les compran sus productos.

La mejor prueba de que con las medidas adoptadas hemos logrado hacer desaparecer la hostilidad con que eran considerados esos institutos, es que, de algún tiempo para acá, los enfermos acuden espontáneamente a ellos para someterse a tratamiento. Estos institutos están servidos por un personal de médicos venezolanos especializados en esta enfermedad. Tiene, además, a su servicio, cada uno, un dentista y un bacteriólogo. La base del tratamiento la constituye el producto denominado Neo Chau, preparado por el químico venezolano Dr. E. Noguera Gómez, y el cual no es otra cosa que aceite de Chaulmugra de superior calidad, sometido a los rayos ultravioleta después de haber sido neutralizado, para evitar que recupere su acidez, causa de la intolerancia local del aceite que había impedido hasta entonces utilizarlo por vía hipodérmica.

Hasta el 31 de diciembre de 1933 había en el Leprocomio de Cabo Blanco 429 enfermos y en el de la Isla de Providencia, 520, lo que da un total de 949 reclusos de ambos sexos. Desde 1928 a 1933 se dieron de alta en ambos leprocomios, a 190 enfermos por socialmente curados, los cuales, después de un período de observación y de aislamiento de los demás reclusos, en casas especiales para ello, y después de cuatro exámenes sucesivos, con intervalos no menores de un mes, resultaron estar indemnes del bacilo de Hansen. Para el sostenimiento de los leprocomios el Gobierno Nacional tiene destinado un millón de bolívares anuales.

Es digno también de ser mencionado aquí, como una demostración más de nuestro progreso en materia de saneamiento, el hecho de que en 1927 fueron erogados para gastos de salubridad pública 3,589,539.57 bolívares, habiéndose alcanzado en 1933 a 5,487,259.21 bolívares.

La resultante forzosa de esa bien intencionada y sostenida labor sanitaria, queda expresada en los gráficos que acompañan ésta exposición y los cuales, con su sencilla elocuencia, están demostrando hasta dónde hemos podido lograr, al amparo de un Gobierno conscientemente interesado en la salud del país, la disminución de la mortalidad en Venezuela.

Dr. RAMOS (Cuba). La Delegación de Cuba tiene el honor de informar a la Conferencia sobre la situación en su país desde la Conferencia anterior.

Hemos creído que un informe del Director de Sanidad al Secretario de Sanidad y Beneficencia, puede representar la nota más fiel de nuestra situación sanitaria. Rogamos a la Conferencia disimule la inclusión de algunos detalles que no hemos suprimido para no modificar en lo más mínimo el referido informe que estimamos, como hemos dicho, fiel exponente de nuestra actual situación sanitaria. (*Véase el Apéndice.*)

Lo único digno de notarse con respecto a acontecimientos posteriores a la fecha del informe, ha sido la continuación de un brote de poliomeilitis cuyo comienzo está referido en el adjunto documento, y que alcanzaba hasta la fecha de mi partida del país a unos 150 casos. Dicha epidemia ha sido y está siendo muy cuidadosamente estudiada por nuestras autoridades sanitarias y por el Instituto Finlay de la Habana, y también lo fué por el Dr. Rosenow de la Fundación Mayo de Rochester (Estados Unidos), interesado como ustedes conocen en su especial concepto de la etiología y tratamiento de dicha enfermedad. El Dr. Aycock de la Universidad de Harvard, cuya dedicación al estudio de la poliomeilitis es por todos conocida, está también en posesión de informes de la epidemia y se ha interesado igualmente en su estudio.

Aprovecho esta oportunidad para referir a la Conferencia que el Dr. Rafael Lorié que firma el informe que acabo de someter al conocimiento de esta Asamblea, había sido designado para presidir la Delegación Cubana, pero su nombramiento para la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, cargo que actualmente desempeña, y la imposibilidad en tal situación de abandonar el país por largo tiempo, le impidió tener el honor de encontrarse entre ustedes. El Dr. Rodríguez Pérez, mi compañero de Delegación, también interrumpió su viaje por perentoria necesidad de permanecer en los Estados Unidos en estos días. De ambos compañeros, el Dr. Lorié y el Dr. Rodríguez, tengo el encargo de presentar a ustedes votos los más fervientes por el éxito de vuestras labores.

Me parece que no es necesario que lea todo mi informe; está a disposición de los señores Delegados, y yo también, por supuesto, desde ahora, para las informaciones que deseen.

Voy a referirme muy sucintamente a las enfermedades infecciosas, sobre todo a aquéllas que interesan a los demás países porque pueden ser transmitidas. La peste bubónica no existe desde el año 1912, en que hubo una epidemia. La fiebre amarilla desapareció hace mucho tiempo. La viruela tampoco la tenemos. Sin embargo, nos defendemos de estas tres enfermedades con la barrera cuarentenaria, y no sólo así.

La fiebre amarilla está siendo estudiada por la Fundación Rockefeller; nos ha preocupado también, y en el informe del Dr. Lorié al Secretario de Sanidad se dice lo siguiente:

Muy atinadamente, en trabajo reciente, llama la atención el Dr. Hoffmann, del Instituto Finlay, sobre la necesidad, en América, de mantenerse siempre con ojo avisor, sobre las zonas endémicas de fiebre amarilla y la posibilidad, aunque remota, de su entrada en regiones donde existe el agente trasmisor.

Son éstas las infecciones que nos preocupan más actualmente en Cuba, sobre todo la malaria, alrededor de la cual tratamos de hacer una campaña bastante intensa.

Tenemos un instituto de vacunas bien atendido. He traído algunas muestras, para darlas a quien le interesen.

FISIOLOGIA EN LAS ALTURAS

Dr. MONGE (Perú). Debo decir únicamente, puesto que el informe será oportunamente entregado a Secretaría, que hemos tenido una epidemia de malaria. En lo que se refiere al paludismo, se ha procurado intensificar la campaña, estableciéndose centros rurales.

La erradicación de la peste bubónica es asunto que nos ha preocupado seriamente, pero está reducida a un límite insignificante. El Director de Sanidad, mi compañero de delegación, se ocupará de la parte relativa a los trabajos llevados a cabo contra la peste bubónica. Pero quiero insistir sobre algo que ha ocupado las actividades del Gobierno del Perú, de sus institutos sanitarios, y de la escuela médica de Lima, por la importancia que tiene en lo que se refiere a la apreciación de un problema autóctono americano. Me refiero a los trabajos de la escuela médica de Lima, sobre la vida en las grandes alturas habitadas de este Continente.

Hay casi 30 millones de hombres que viven en altiplanos, a 2,000, 3,000 y hasta 4,500 m sobre el nivel del mar, y en realidad éstos son hombres de una raza perfectamente bien diferenciada, raza autóctona de América, mezclada ya, pero que tiene características individuales perfectamente destacadas y distintas de las demás razas del globo, no solamente en lo que se refiere a la morfología que es, por lo general, el único aspecto que se estudia, sino también en lo que se refiere a la biología, y permítaseme asegurar, hasta en la constitución química. Los datos de la fisiología normal de la costa no tienen aplicación en la de la altura, pues mientras en las costa hay una reserva alcalina de 60, en la altura se vive hasta con una reserva de 40. Desde el punto de vista de sus reacciones vegetativas el hombre de la altura es también completamente distinto. Y otro tanto ocurre, para sintetizar la expresión de mi pensamiento, respecto de la biología, en todo lo que respecta a sus fenómenos nutritivos, metabólicos, fisiológicos, biológicos en una palabra. Entonces no es de extrañar que estos hombres que hasta tisularmente son distintos—no podría afirmarlo respecto del hombre pero cabe suponerlo por lo que pasa en los animales en los que el tejido pulmonar del animal que vive a 4,000 m sobre el nivel del mar es distinto del que vive al nivel del mar—no es de extrañarse, digo, que teniendo una personalidad antropogeográfica distinta del resto, cuando salen de su medio natural sufran agresiones climáticas de tal naturaleza que determinen una patología propia del hombre de las alturas cuando baja a la costa, como hay una patología propia para el hombre de la costa cuando va a las alturas. Y estas cosas, por desgracia, nunca han pesado suficiente dentro del conocimiento médico, por más que no son novedades para los estudiosos de la Historia, porque leyendo a Garcilaso de la Vega, al Padre Cobo, y todos aquellos que hablan de lo que ocurría en el Perú aproxi-

madamente entre siglos XII y XVI, se encontrarán referidos hechos de una significación importantísima. Es así como parece que cuando los "chancas", raza que venía de las selvas amazónicas, llegaron al Cuzco situado a 3,000 m, donde fueron detenidos, hubieron de escapar violentamente y regresar a Riobamba, región selvática donde tenían condiciones climatéricas más favorables. Y cuando se lee como pudo Pachicuti hacer la conquista de la costa con tribus que venían de los altiplanos situados a 4,000 m, se refuerza nuestra conclusión. Dice Garcilaso que sólo lo consiguió con dos ejércitos, que los relevaba cada tres meses para evitar las consecuencias en sus hombres de la acción deletérea del llano.

Yo no quiero distraer la atención de ustedes con hechos históricos; quiero únicamente decirles lo siguiente: que las razas que pueblan los altiplanos cuando bajan al llano, y los pueblos del llano cuando van a las alturas, desarrollan una patología geográfica, una patología climática. Y éstas no son afirmaciones, no son hipótesis, sino estudios de la escuela médica peruana, llevados a cabo desde hace 10 años. Y para decir solamente un hecho importante voy a referirme solamente al siguiente: la tuberculización de las razas andinas cuando bajan a la costa, no es solamente el fenómeno conocido de la tuberculización de las razas aborígenes o de los pueblos que viven en el campo cuando van a las ciudades. Hay verdaderos hechos casi experimentales, que nos demuestran que es la costa la que agrega un factor tuberculígeno al individuo que baja de la altura. Y no solamente la tuberculosis, sino las afecciones respiratorias de todo orden.

En consecuencia, es evidente que el factor altura debe pesar dentro de las previsiones de la higiene americana. La higiene americana se encuentra ante un problema relativo a la distribución vertical del hombre en la América, y así como el hombre, los animales, los gérmenes, sufren esa acción climática, en el Perú y en todos los lugares donde hay altiplanos, la propagación de ciertas enfermedades está en función de la altura en la cual se vive.

Yo quiero terminar esta exposición, dejando constancia simplemente de que cuando los hombres van del llano a la sierra, hay unos cuantos que al año mueren, y eso no interesa sino a las familias; y cuando los hombres bajan de la sierra la costa, hay unos cuantos que se tuberculizan, y eso no interesa sino a las familias. Pero yo creo, que la Conferencia Sanitaria Panamericana debe preocuparse en alguna forma de que esos problemas se estudien científicamente. Nosotros hemos hecho muy poco, porque nuestras posibilidades científicas no dan para más, pero, como se trata de un problema que no es exclusivamente peruano sino americano, el gobierno del Perú quiere la colaboración de todos para tratar de resolverlo.

Dr. RAMOS. El Dr. Monge nos ha hablado de un asunto de alto interés: la influencia del medio no infeccioso en el desenvolvimiento

de la patología. El Dr. Monge, con su clara visión clínica y de investigador, viviendo en un país donde se ve más clara esa diferencia entre la altura y la costa, ha observado, según nos informa, en compañía de otros médicos del Perú, ese fenómeno tan interesante de la influencia del medio no infeccioso en el individuo sacado de su clima habitual, y nos pide que fijemos en ese problema nuestra atención.

Yo quiero ahora, para reforzar aun más si cabe, las manifestaciones del Dr. Monge, señalar el siguiente hecho de la biología vegetal, que es exactamente el mismo aunque se trate de una planta: En Suiza, una especie que criada en la altura es absolutamente pequeña, llevada al valle desarrolla un tallo muy alto, al extremo que ambas variedades han sido clasificadas por botánicos eminentes como dos especies distintas. Sin embargo, la variedad del llano llevada nuevamente a la altura, vuelve a su tamaño primitivo. Quiero con este hecho contribuir con un dato de la biología vegetal, para llamar más la atención de la Conferencia sobre el problema biológico tan interesante que acaba de plantear el Delegado del Perú, Dr. Monge.

El Sr. PRESIDENTE. Antes de dar por terminada esta sesión deseo hacer saber a la Conferencia que el Gobierno de Bolivia ha comunicado por telegrama, que ha nombrado al señor Ministro residente en el país, Dr. Casto Rojas, para representar a ese Gobierno ante esta Conferencia, de suerte que quedan así representadas todas las naciones americanas.

Dr. MIRANDA (México). He visto que en el programa de la Conferencia para hoy figuraba la organización del plan de trabajo. Yo quería simplemente que se me informara si la Comisión Organizadora o la Mesa de la Conferencia han previsto la constitución del Comité Ejecutivo. Y hago esta pregunta porque, como bien lo sabe el señor Presidente, en conferencias anteriores siempre ha existido un comité ejecutivo. Si esta conferencia va a innovar el procedimiento, es soberana, naturalmente, y puede hacerlo. Pero la comisión o comité ejecutivo tiene la gran ventaja de ser un organismo, por así decir, que constituye un verdadero centro donde convergen todas las comunicaciones, lo cual alivia el trabajo de la Mesa. Señor Presidente, sólo deseo saber si la Conferencia, en sí, constituye el comité ejecutivo, o si se ha pensado o no en constituir éste.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). La Conferencia de Montevideo, la de la Habana y la de Lima—y aún creo que las anteriores—que se preocuparon por mejorar los procedimientos en estas cuestiones, tuvieron un comité ejecutivo que sirvió para asegurar la mejor realización de esas conferencias, en cuanto a procedimiento. Ahora, desde luego, si la Comisión Organizadora tiene otro criterio, yo lo respeto profundamente.

El Sr. PRESIDENTE. Si la Conferencia me permite demorar la información a este respecto, yo podría darles luego, en la reunión que celebraremos esta tarde, la opinión de la Comisión Organizadora sobre la forma de organizar ese comité. (*Asentimiento general.*)

HOMENAJES

Dr. BEJARANO (Colombia). No quiero que termine la sesión de la mañana, sin proponer que la asamblea rinda un homenaje a la memoria de quienes tanto han contribuido al progreso de la ciencia, como Roux, Madame Curie, León Bernard y Ramón y Cajal. De manera que, honrando su memoria, propongo que la Asamblea se ponga de pie.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Me adhiero a la proposición y solicito se agregue el nombre de Welch en el homenaje.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Igualmente, pido sea agregado también el nombre de Razetti, de Venezuela. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Invito a los señores Delegados a ponerse de pie en homenaje a la memoria de las personas que acaban de ser nombradas. (*Así se hace.*)

La Delegación del Brasil, acompañada por la del Uruguay, de acuerdo con lo dispuesto por el reglamento, propone que sea incluido en el programa de la Conferencia, el alastrim. La Asamblea decidirá si se agrega o no. (*Asentimiento general.*)

Queda agregado.

Los señores Delegados de Chile, Dr. Coutts, de Cuba, Dr. Ramos, de Estados Unidos, Dr. Cumming, de Costa Rica, Dr. Núñez y de Paraguay, Dr. Gubetich, proponen un voto que creo no será discutido y aprobado por aclamación general de la Asamblea. Es el siguiente:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana acuerda un voto de aplauso para los Institutos de Investigación Científica de Panamérica, por su brillante labor en beneficio de la bacteriología y de la higiene. (*Grandes aplausos.*)

El Sr. PRESIDENTE. Queda sancionado por aclamación el voto propuesto.

Invito a los Sres. Delegados a levantar la sesión.

Así se hace, siendo las 11:30 P. M.

SEGUNDA SESION PLENARIA

MARTES 13 DE NOVIEMBRE DE 1934 (4:40 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión con 12 delegaciones presentes. Vamos a continuar con la exposición de los informes.

INFORMES

Tiene la palabra el señor Delegado de Chile, Dr. Coutts.

Dr. COUTTS. Le ha correspondido tal vez al más modesto y al menos calificado de los miembros de la Delegación chilena hacer una sucinta relación de los progresos realizados en materia de salubridad pública en su país.

Durante los últimos años, como es ya del dominio de todos ustedes por informaciones de la prensa, Chile ha pasado por épocas bastante angustiosas en cuanto a sus trastornos políticos. Esos trastornos políticos han repercutido hondamente sobre todos los problemas de la vida pública del país, afectando también a los problemas sanitarios. Tan pronto se empezaba a convencer a los gobiernos de las necesidades inherentes a los servicios sanitarios, por obra del destino los gobernantes cambiaban y había que recomenzar la misma tarea con el objeto de conseguir los medios necesarios para avanzar en el progreso de la ciencia sanitaria.

Chile, es un país que quiere surgir, que desea progresar. Todos sus hombres, sean ellos hombres de ciencia u hombres de trabajo, tienen el deseo de que su país mejore. Y esto especialmente se ve en cuanto se refiere a los servicios sanitarios. Los médicos luchan con entusiasmo y tratan de convencer a las autoridades para que se les proporcionen los medios necesarios para realizar estas obras.

Voy a ser muy breve—no quiero fatigar—y a señalar dos o tres puntos que creo será de alto interés que ustedes conozcan, en cuanto a política sanitaria de nuestro país.

Ya Alonso de Ercilla cantó las bondades del clima de Chile. No tengo para qué decir que, en cuanto al punto de vista epidemiológico, tiene Chile muy poco que le preocupe, salvo el problema del tifo exantemático; al cual no me voy a referir por cuanto es una ponencia oficial del Congreso y será tratado *in extenso* por los delegados de mi país.

En los últimos años, hemos tratado nosotros de combatir una plaga que, en cierto modo, afectaba a las poblaciones rurales: la fiebre tifoidea. Con la preocupación preferente de nuestras autoridades, en el sentido de potabilizar el agua, hemos visto descender la curva de la tifoidea en forma manifiesta.

En cuanto a política portuaria, a política sanitaria, Chile ha hecho todo lo posible por limpiar sus puertos. Hemos hecho esfuerzos sobrehumanos para poder colocarnos a la altura de los países más adelantados de América en este sentido, y hoy día disponemos de una larga lista de puertos incluídos en la clase A y de otra serie de puertos incluídos en la clase B.

Como acabo de manifestar hace un momento, el problema epidemiológico nuestro está reducido casi exclusivamente a esas epidemias de tifo exantemático. Fuera de ellas, las actividades sanitarias en nuestro país se condensan más bien hacia la defensa del hombre mismo y hacia la defensa del niño en especial. En los últimos años, gracias al Código Sanitario Panamericano, en sus partes que permiten una nacionalización de los conceptos sanitarios internacionales, hemos dispuesto nosotros de los medios necesarios para emprender una activa lucha contra las enfermedades de trascendencia social. El año 1934, que corre, viene a coronar en nuestro país el esfuerzo de una lucha de años en el sentido de conseguir la adopción de un Reglamento relativo a las enfermedades venéreas, que incluye la declaración y el tratamiento obligatorios para todo enfermo que padezca de un mal venéreo. Incluye también algunas disposiciones que permiten, en cierto modo, el castigo del delincuente venéreo, aquél que se coloca al margen de la sociedad y trasmite su mal a quien no lo pide ni lo desea. En este capítulo de las enfermedades venéreas, Chile tal vez ha dado un paso más en el sentido de la profilaxis, haciendo responsable del tratamiento del mal heredado al padre que lo transmitió a sus descendientes; es decir que, cuando nos encontramos en presencia de niños específicos, los responsables y sobre quienes recae la sanción legal son precisamente los genitores de esos niños, y es a quienes la justicia se encarga de perseguir.

En el terreno de la defensa de la madre y del niño, la República de Chile ha luchado con entusiasmo y con tesón. Hemos sembrado el país de centros preventivos. Estos centros son verdaderos núcleos de higiene social, donde, por medio de la cooperación de las enfermeras sanitarias y médicos especializados, se ayuda a la madre durante el período de la gestación y luego, a continuación, se sigue a estos niños fichados en los centros preventivos a través de su evolución pre-escolar, hasta que llegan a la edad escolar y son tomados entonces por los servicios sanitarios escolares mismos, que se encargan de la vigilancia de esos niños hasta que pasan la época de la pubertad.

En el terreno de la tuberculosis y del cáncer, nuestros servicios sanitarios no realizan ninguna labor, salvo la informativa, pues corresponde exclusivamente a las autoridades de asistencia social. Y debo manifestar que en Chile existe hoy fuerte corriente de opinión en el sentido de aunar los servicios de asistencia social con

los de salubridad, ya que es imposible separar con un límite preciso la órbita de acción de la asistencia social y de la medicina preventiva.

Esto, señores Delegados, es, en breves líneas, un esbozo de lo que hemos hecho nosotros de mayor importancia en los últimos años, es decir en el lapso que media entre la última Conferencia realizada en Lima y ésta que se realiza hoy. Esperamos llevar los frutos de esta Conferencia nuevamente a Chile y procurar que los acuerdos de ella sean implantados en nuestro país, con el fin de mejorar la salud de nuestros conciudadanos.

Dr. BEJARANO (Colombia). La República de Colombia ha hecho, indiscutiblemente, en el lapso de los siete años que han mediado entre la última Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Lima y la actual, un inmenso avance en materia de higiene pública. Ese avance está marcado, en primer lugar, por el ensanche que ha tomado el organismo nacional en la cuestión sanitaria, reducida antes casi exclusivamente a combatir la anemia tropical y la lepra.

En el curso de estos siete años se han establecido departamentos como el de epidemiología y el departamento de higiene rural, al que le damos una extrema importancia, por la sencilla razón de que nuestro país es eminentemente agrícola: de los ocho millones y medio de habitantes que constituyen la República de Colombia, se puede asegurar que cinco millones están dedicados a la agricultura. Además, existen hoy una sección de protección infantil y otra de tuberculosis.

Con respecto a la lepra, que es motivo de una ponencia especial, quiero referirme de manera muy singular a la forma como está organizada la lucha antileprosa en Colombia, que marca una nueva etapa en la persecución de este flagelo, que evidentemente, si no hubiéramos desarrollado una acción enérgica, hubiera podido propagarse más. Pero comienzo por haber una rectificación en cuanto a los datos que se han consignado a este respecto sobre Colombia. Erróneamente se nos ha asignado una cifra verdaderamente fantástica, fuera de las proporciones de nuestra población, error que he visto sostenido también aún en pleno comité de higiene de la Sociedad de las Naciones, por algunos de los visitantes oficiales que vinieron de allí, y por el cual se hacía saber que la República de Colombia pasaba de la cifra de 20,000 leprosos, cifra absolutamente falsa, que no tiene base estadística alguna. El 30 de septiembre del año presente, la cifra de leprosos en nuestro país era de 7,500, para una población de ocho millones y medio de habitantes, hoy cerca de nueve.

La forma como se desarrolla la campaña antileprosa no puede estar más ceñida a lo que constituye el concepto moderno con respecto, sobre todo, a la salida de los individuos que no pueden considerarse peligrosos desde el punto de vista social. El punto

capital de esa campaña es el establecimiento de dispensarios en los focos leprógenos, de tal manera que hoy tenemos cuatro dispensarios, que han comenzado a funcionar precisamente en los departamentos que aparecían en las estadísticas como focos leproso. Al mismo tiempo, se ha adelantado también la organización de un gran laboratorio de investigaciones, a cuyo frente se encuentra uno de nuestros mejores bacteriólogos, un hombre que es conocido fuera del país, el Dr. Federico Lleras, quien ha encontrado el medio de cultivar el bacilo de Hansen, paso decisivo en materia de conquistas desde el punto de vista de la etiología. Se está esperando la sanción de otros medios científicos, para confirmar o no la exactitud de su descubrimiento.

Una enfermedad que podría también preocuparnos desde el punto de vista internacional, que es motivo de una ponencia especial también, por haberlo solicitado el Departamento Nacional de Higiene de Colombia, es la fiebre amarilla. Voy a hacer una breve referencia sobre este punto, ya que será motivo de un estudio más detenido de carácter científico cuando tratemos la ponencia.

La fiebre amarilla ha desaparecido de nuestros litorales; ni en el Pacífico ni en el Atlántico ha vuelto a presentarse ningún caso desde el año 1916, que fué cuando se presentó la última epidemia en el Puerto de Buenaventura. Pero en el interior de la República han aparecido epidemias verdaderamente mediterráneas, algunas verdaderamente sorprendidas, erráticas, en cuya etiología hay indiscutiblemente factores extremadamente importantes, que han llamado la atención a técnicos como el Dr. Soper, quien ha contribuido a la erradicación de la fiebre amarilla en nuestro país. Desde el punto de vista internacional puedo asegurar que no hay absolutamente motivo de inquietud alguno, en primer lugar por los sitios en que se encuentran esos focos epidémicos, y en segundo lugar por las características de la población donde han aparecido, que es netamente rural y vive limitada exclusivamente a su perímetro y nada más.

Hay otros puntos importantes sobre este asunto, como el medio de propagación, el insecto propagador, pero ello será tratado al discutirse la ponencia, reservándome hacer una exposición sobre el particular.

El pian es una enfermedad que no podría preocuparnos internacionalmente. Existía en Colombia, efectivamente, en una gran extensión; la hemos tenido en las orillas de nuestros ríos navegables, especialmente sobre las costas del Pacífico, Pero hoy al pian comienza a dominarse, por lo menos puedo asegurar que ha despertado una honda preocupación de parte de todas las zonas en las que existe. De manera que, como he dicho, desde el punto de vista internacional no puede producirnos ninguna inquietud. Esta enfermedad se observa especialmente en las clases miserables; es,

pues, casi un problema de mejoramiento de las condiciones sociales, para que ella desaparezca.

Las condiciones sanitarias, en general, de Colombia no pueden ser mejores. El factor decisivo para que en mi país las condiciones sanitarias hayan mejorado automáticamente, casi sin necesidad del auxilio de leyes, que ya son muy perfectas y numerosas, como lo pueden demostrar los dos volúmenes que voy a dejar en los archivos de la Comisión organizadora, es el hecho de que en Colombia ha habido en el curso de estos últimos años una política vial, en virtud de la cual se han construido vías de comunicación que cruzan por todas partes la República, a pesar de su geografía accidentada, lo que ha permitido entonces la desaparición de un sinnúmero de flagelos y, por consiguiente, la mejora de las condiciones económicas de las zonas que han sido beneficiadas por las carreteras y por los ferrocarriles. Y ya que hablo de vías de comunicación, conviene señalar también al conocimiento de los señores delegados el hecho de que Colombia es hoy día uno de los países en donde la aviación ha tenido mayor incremento. Y voy a expresar algunas pocas ideas sobre el particular, ya que la aviación es también motivo de discusión de parte de la Conferencia Sanitaria. Yo no creo que la aviación, desde el punto de vista internacional, constituya actualmente un peligro para la trasmisión de enfermedades. Podría solamente constituir un peligro de orden moral, en este sentido: a favor de ella podría favorecerse el aumento de toxicómanos. No es difícil pensar que se desarrollara el comercio de drogas, y también la propagación—no en nuestro país, donde hay pocos casos, pues eso es frecuente especialmente en los países de gran desarrollo e inmigración—de los tratantes de blancas. Solamente esos dos negocios podrían dar los medios suficientes para utilizar este medio de comunicación, porque tenemos que partir del principio de que en avión viaja solamente, por decir así, una *élite* social, es decir, gente que está colocada en condiciones higiénicas insuperables, y que la aviación internacional se ha establecido en aquellas ciudades o puertos de los cuales se puede decir que están erradicadas las enfermedades que internacionalmente pudieran producir alguna inquietud.

No quiero terminar esta breve exposición sobre la evolución sanitaria de mi país, que evidentemente marca toda una época en los anales sudamericanos, sin señalar a la consideración de los señores delegados la agitación que ha producido en Colombia la idea del nuevo Presidente de la República, Dr. Alfonso López, de dar una nueva orientación en las cuestiones educativas y en las cuestiones referentes a la sanidad. Al efecto, el Presidente de la República, antes de tomar posesión, dirigió a la Academia de Medicina, cosa inusitada en los anales de nuestra vida, una carta en la cual solicitaba de la Academia una directiva en cuestiones

sanitarias. La Academia Nacional de Medicina ha orientado en forma muy sucinta al Presidente de la República sobre las necesidades más trascendentales del país en materia de higiene, lo que ha sido motivo de una publicación de la cual voy a dejar un ejemplar para los archivos de la Comisión Organizadora. Pero al mismo tiempo que se ha verificado esto de parte del Señor Presidente de la República, quiero señalar también el hecho de que en mi país ocupa actualmente la cartera de Educación Nacional un alto exponente del pensamiento latino-americano, el Prof. López de Mesa, médico sociólogo, quien ha comenzado su gestión con un proyecto de ley orgánica de la educación pública, proyecto de ley que yo considero fundamental, básico, para la transformación higiénica de nuestro país, a base de la educación primaria, porque contempla especialmente la transformación de la aldea.

Nuestro nuevo Ministro ha redactado en un maravilloso proyecto de ley, lo que él llama genéricamente el Estatuto de la Aldea, y en ese estatuto está comprendida en primer lugar la obligación del Estado y de los municipios del sostenimiento de los médicos de aldea; en segundo lugar, el establecimiento de lo que se llamaría la "casa del pueblo" y en tercer lugar, la mejora de la vivienda del campesino en Colombia. Yo considero ese hecho, trascendental, por una sencilla razón: porque evidentemente todo lo que nosotros concretáramos aún en fórmulas internacionales, es prácticamente inalcanzable mientras no se haya logrado el ambiente de educación necesaria; si no se cumple esta condición lo demás resulta nulo. Además, en nuestro país vive todavía una inmensa masa indígena que habita en los altiplanos, a la cual pueden ser perfectamente aplicables las consideraciones que hoy el Dr. Monge ha hecho refiriéndose al Perú, que ha sido motivo de investigaciones sobre el metabolismo y otros aspectos de su biología. Esa población indígena, que vive a 3,000 m. y a veces más, de altura sobre el nivel del mar, hay que reconocer que es un poco refractaria a la penetración de la higiene, y que esa penetración no puede hacerse con imposiciones. Lo hemos visto cuando la Fundación Rockefeller fué a mi país a hacer la formidable campaña de la Anemia Tropical, campaña que yo no me he cansado de elogiar diariamente en la prensa, en la tribuna y en mi cátedra, campaña que nos ha permitido llevar la cifra de tratamientos a tres millones, con motivo de la cual hemos visto cómo el campesino ha querido a veces oponerse al saneamiento del suelo, levantando alrededor de ello leyendas y supersticiones. Y bien: yo creo que esa inmensa muralla no podrá desaparecer mientras no venga la obra educativa de la escuela y sobre todo en el medio rural, que es lo que interesa a nuestro país, con toda la cooperación del Estado para mejorar sobre todo la vivienda del individuo. Mejorada la habitación del individuo en nuestros campos, automáticamente se eliminarán

epidemias y endemias a cuya propagación brindan terreno fértil las malas condiciones higiénicas de la vivienda rural.

Esa es, brevemente resumida, la evolución de la campaña sanitaria en mi país. Y, vuelvo a repetir: para Colombia tiene sobre todo inmensas perspectivas la cuestión sanitaria, y la tiene, porque en un país, joven, no apegado todavía a exigencias de tradición, que no tiene grandes sumas de dinero invertidas en obras higiénicas que al cabo de los años sufren hasta revaluación, la obra de perfeccionamiento higiénico puede, libre de trabas, orientarse por los rumbos y llevarse a cabo con los métodos más modernos que la Ciencia señala.

Por la tardanza con que mi Gobierno me designó delegado ante esta Conferencia, no he podido presentar ante ella un informe escrito que trato en estos momentos de terminar en la ciudad de Buenos Aires. Pido, pues, al Señor Presidente y a los señores Delegados quieran excusarme las inevitables deficiencias de esta improvisada exposición. Y antes de terminar quiero agregar que he debido realizar mi viaje por medio de la aviación y eso me ha permitido realizar algunas observaciones que tengo el propósito de exponer cuando esta asamblea se ocupe de los problemas higiénicos relativos a la aviación internacional.

El Sr. PRESIDENTE. Invito al Señor Vicepresidente de la asamblea, Delegado del Uruguay, a ocupar la Presidencia.

El Sr. PRESIDENTE INTERINO, Dr. GONZÁLEZ. Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana, Dr. Max Henríquez Ureña.

Dr. HENRÍQUEZ UREÑA. Voy a leer un breve y sintético informe sobre las actividades sanitarias de la República Dominicana durante los últimos años.

De conformidad con lo prescrito en el programa de los trabajos de la Conferencia, que reserva la segunda sesión plenaria para los informes que cada Delegación quiera presentar en relación con los progresos realizados en cada país desde la fecha en que se celebró la anterior Conferencia Sanitaria Panamericana hasta la reunión de la presente asamblea, los delegados que suscriben tienen la honra de presentar esta breve síntesis relativa a las actividades sanitarias en la República Dominicana.

Organización de la Sanidad.—Los servicios de Sanidad y Beneficencia dependen de la Secretaría de Estado que lleva esos nombres. La República se divide en 12 distritos sanitarios, uno por cada provincia. Cada distrito sanitario está bajo la dirección de un Oficial de Sanidad, que tiene jurisdicción sobre los Oficiales del mismo ramo en cada municipalidad.

La Secretaría de Estado tiene varias secciones, entre ellas las de Estadística Demográfica, Enfermedades Trasmisibles, Cuarentenas marítima y terrestre, y Drogas y Alimentos.

Además, durante los últimos cuatro años, que abarcan el primer período de gobierno del Presidente Trujillo, la Secretaría de Sanidad ha organizado Brigadas Sanitarias que recorren el país en busca de aquellos enfermos que carecen del adecuado tratamiento médico, y por lo tanto llevan los recursos médicos hasta el mismo domicilio del enfermo. Integradas por un Jefe de

Brigada y varios ayudantes, atienden a la curación de esos enfermos y además a la profilaxis y a la educación higiénica del pueblo. Explican al campesino— pues en los campos es donde principalmente se hace necesaria la acción de esas Brigadas Sanitarias— las reglas más eficaces para la conservación de la salud y le enseñan métodos prácticos para evitar las enfermedades contagiosas. Realizan campañas de vacunación antitífica, antivariolosa y antidiftérica, así como de profilaxis contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis y el paludismo. Como resultado de esas campañas se ha logrado extirpar cierto número de enfermedades, y se ha conseguido reducir a expresión mínima la uncinariasis y la buba.

También ha consagrado el Departamento sanitario constante atención a los alimentos que el pueblo consume, para lograr que sean puros, frescos y de buena calidad. El Código Sanitario nacional es un buen espécimen de legislación sanitaria, y actualmente una comisión de especialistas se ocupa de revisarlo para darle un grado de perfección más elevado aún.

En todo el territorio nacional se realizan obras de saneamiento para vigorizar la lucha contra las enfermedades endémicas, de las cuales la que más atención requiere es el paludismo. Se ha hecho el drenaje de pantanos, cegándolos y plantando eucaliptos en dichos lugares. Se ejerce estrecha vigilancia sobre el abastecimiento de aguas para el consumo público. De igual manera se hace la inspección de las viviendas y se hacen ejecutar en ellas las obras indispensables para que haya higiene, ventilación y comodidad. Las nuevas viviendas o las que sufren reparaciones se ajustan, conforme a la ley, a las últimas normas sanitarias. La limpieza de las ciudades se ajusta también a los sistemas más avanzados que se emplean hoy día en el mundo civilizado.

El Servicio de Beneficencia está atendido por los hospitales, dispensarios, salas de socorro, leprocomios, manicomios, asilos y orfanatos, y por las Brigadas Sanitarias. Se han creado en estos últimos cuatro años tres hospitales: uno en Montecristi, otro en San Cristóbal y uno para niños en la ciudad de Santo Domingo. Al propio tiempo se han introducido mejoras y ampliaciones, con creación de nuevas salas, en los hospitales Padre Billini, de Santo Domingo; San Rafael, de Santiago de los Caballeros; San Vicente de Paul, de San Francisco de Macorís; la Humanitaria, de la Vega; Ricardo Limardo, de Puerto Plata; Ventura Ricardo, de Montecristi; y Pina, de San Cristóbal. Se ha reconstruido el Manicomio "Padre Billini" de la ciudad de Santo Domingo, que fué destruido por el ciclón del 3 de septiembre de 1930; y se han creado, además 16 dispensarios profilácticos, distribuidos en todo el país; dos dispensarios para tratamiento de tuberculosos, donde, aparte de atender al tratamiento de los enfermos se hace fuerte campaña de profilaxis contra esta enfermedad, usándose la vacuna de Ferrán la de Calmette; y dos nuevos asilos en la ciudad de Santo Domingo. Está en construcción un nuevo manicomio, moderno y amplio, en Haina, próximo a la ciudad capital.

Campaña contra las enfermedades.—Hay enfermedades que no importa mencionar en esta relación, por cuanto no existen en la República Dominicana, o sólo se han presentado eventualmente en una rara ocasión. Baste mencionar el cólera asiático, que sólo hizo una vez su aparición, hace cerca de setenta años; y la peste bubónica, que jamás se ha presentado en territorio dominicano. Otras como la viruela, hace ya muchos años, desde el pasado siglo, que no han vuelto aparecer en la República Dominicana; e igual puede decirse de la fiebre amarilla, que en otro tiempo fué azote del extranjero con reciente residencia en el país, y que desapareció totalmente desde fines del pasado siglo, o sea aún antes de haberse llegado a su extirpación, gracias al descubrimiento de Finlay, en el resto del continente. En 1922 hubo una epidemia de alastrim que fué dominada prontamente, sin que se haya vuelto a presentar dicha enfermedad, que al parecer tampoco existió en épocas anteriores, salvo que hubiera sido confundida con la viruela.

La principal endemia que preocupa al Gobierno Dominicano es el paludismo, cuya amenaza es constante en algunas zonas de cultivo, principalmente en las arroceras, ya que el arroz requiere para su cultivo gran cantidad de agua. La acción sanitaria ha sido sumamente enérgica en estos últimos años, y los resultados han sido patentes. La aplicación de una terapéutica pronta, el aislamiento, la persecución del mosquito y otras medidas de reconocida utilidad, han mejorado notablemente la condición de esas regiones, y la cantidad de palúdicos ha disminuido de manera muy apreciable. Además, el paludismo violento no es, afortunadamente, el que existe o el que predomina, por lo cual el número de defunciones causadas directamente por esa enfermedad se reduce a una cantidad mínima.

La lucha contra la tuberculosis también ha dado resultados muy satisfactorios. La disminución de los atacados de esa enfermedad es notoria, y los casos de curación de enfermos atendidos en tiempo oportuno son cada vez más frecuentes.

Contra la fiebre tifoidea se emplea la vacunación constante, además de la vigilancia a que ya hemos aludido respecto de las aguas potables, así como respecto de la leche y otros alimentos, y las medidas sanitarias de orden general sobre las inmundicias. De ese modo se ha logrado evitar la manifestación epidémica de esta enfermedad, aunque existe todavía en forma constante y en casos reducidos en cuanto a su número.

Estos ejemplos bastan para demostrar la actividad de la sanidad dominicana, cuyo mayor orgullo es poder decir, como ha declarado en el reciente libro consagrado a "La primera administración del General Trujillo Molina"; "No ha habido ninguna epidemia en estos cuatro años."

Mortalidad y natalidad.—La mortalidad en la República Dominicana oscila alrededor de un diez a un doce por mil habitantes. En 1922 fué de 11.67 por mil. La natalidad, en cambio, alcanza un promedio constante de 22 a 24 por mil, lo cual indica un buen orden de crecimiento vegetativo.

La inmigración apenas influye en el aumento de la población en una proporción muy moderada, si bien el Gobierno Dominicano hace esfuerzos por atraerla—a cuyo efecto es sólida garantía el buen estado sanitario del país—y de esa suerte se han fomentado colonias agrícolas de familias, como la que existe, integrada por familias finlandesas, en Villa Vázquez. A fines del pasado siglo, la población de la República Dominicana era de unos 600,000 habitantes. En la actualidad pasa de un millón.

Actividades internacionales.—La República Dominicana ha ratificado, durante la presente administración, o sea en 1932, el Código Sanitario Panamericano, sujetándose a sus normas de utilidad internacional.

También ratificó en 1933 la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931. Para hacer más efectivas las disposiciones de esta Convención, el Presidente Trujillo propuso al Congreso Nacional, que lo aprobó, un proyecto de ley para disponer que sólo por el puerto de Santo Domingo puedan introducirse en la República las cantidades de estupefacientes que sea prudente importar de acuerdo con la Convención.

Tales son, señor Presidente y señores Delegados, los tópicos que juzgamos más interesantes respecto a las actividades de la sanidad dominicana durante estos últimos años. Con gusto haremos verbalmente cualquier ampliación o aclaración que los señores Delegados quieran solicitar. (Firmado: MAX HENRÍQUEZ UREÑA; OSVALDO LOUDET.)

El Sr. PRESIDENTE. La Delegación del Uruguay ha pedido completar su informe de esta mañana con una breve exposición del señor delegado, Sr. Gomensoro.

Sr. GOMENSORO (Uruguay). Antes de hacer entrega del informe que el Ministerio de Salud Pública del Uruguay ha preparado y que he tenido el honor de redactar conjuntamente con el Prof. González, que constituye un progreso técnico evidente y que ha podido ser realizado en la República Oriental del Uruguay gracias al sistema unitario que nos rige.

La constitución del Ministerio de Salud Pública y la consagración de una serie de principios en el orden social, se han logrado plenamente en la ley, cuya lectura quizá pueda interesar a los señores delegados, estableciéndose una armonía verdaderamente integral que permite al Poder Ejecutivo, representado en este caso por el Ministro de Salud Pública, tomar con prontitud las medidas que se consideren absolutamente imprescindibles para salvaguardar al país, en el orden interno y en el internacional, de los peligros que puedan asecharlo.

Es muy interesante conocer el fundamento de la Ley Orgánica de Salud Pública, especialmente en algunos aspectos, ya que en los capítulos en que esa Ley está dividida se establecen principios generales, dejando a los técnicos, es decir a los asesores del Ministro de Salud Pública la reglamentación correspondiente, dentro de las directivas generales de la ley. La importancia enorme que tiene esto, sobre todo en un país de constitución unitaria donde el Ministerio de Salud Pública ejerce jurisdicción integral sobre todo el país y tiene superintendencia sobre las municipalidades, es la siguiente: la de ser el Ministerio de Salud Pública un organismo político y al mismo tiempo eminentemente técnico, que no necesita muchas veces de sanción legislativa, como lo verán ustedes al leer la ley, para dictar algunas disposiciones; lo que importa decir que se adoptan principios extraordinariamente avanzados y que en el orden de la higiene se reputan como conquistas fundamentales.

Así, por ejemplo, en el artículo 4º de la ley se establece lo siguiente:

Todo habitante del país tiene la obligación de someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública (es decir, asesorado por sus técnicos) pueda constituir un peligro público. El Ministerio de Salud Pública podrá imponer, cuando lo crea necesario, la denuncia y tratamiento obligatorios de las afecciones que por su naturaleza o el género de ocupación a que se dedica la persona que las padezca puedan tener una repercusión sobre la sociedad.

Con un agregado más: que ese tratamiento obligatorio obliga en el orden financiero a las personas que se han sometido a él, y que no sean pobres de solemnidad, o a sus familiares. De manera que el Estado, sin necesidad de llegar a dispendios extraordinarios, puede, previo el informe de los técnicos de cada una de las secciones, por reglamentación, aplicar las medidas que en determinados momentos se consideren indispensables.

Esta conquista ha sido lograda conjuntamente con la unidad en materia de los servicios sanitarios y de asistencia pública. El actual Ministro de Salud Pública es una especie de general en jefe de un ejército, donde cada uno de los departamentos conserva su autonomía, y donde hay un departamento especial, el Consejo del Niño, que se ocupa no sólo del aspecto médico de la cuestión, sino del aspecto social y jurídico, que tiene cierta autonomía y que recibe el aporte privado de otros elementos no médicos, formando todo un conjunto que dirige el Ministro de Salud Pública, de acuerdo con los fundamentos de esta ley.

Quiero referirme también al aspecto de educación en materia de salud pública, que se consagra en el artículo 9 de la ley.

Es verdaderamente interesante y curioso a la vez, que las manifestaciones que acaba de hacer el señor Delegado de Colombia, puede decirse que son las mismas que podría hacer yo en nombre del Uruguay. La formación de la conciencia sanitaria del público se considera absolutamente indispensable. En mi carácter de

jefe del Departamento de Educación, he podido reunir una enorme cantidad de datos de casos en que todos los médicos declaran unánimemente que para hacer aplicaciones de vacunas contra la tifoidea o contra la difteria—no contra la viruela, porque es obligatoria desde el año 1922—se logran mejores resultados si, previamente, los médicos, los maestros y otros elementos, en una acción coordinada por el propio Ministerio de Salud Pública, realizan una campaña educativa bien orientada.

En materia de profilaxis del tracoma, de que había algunos pequeños focos en nuestro país, de origen argentino, los resultados obtenidos han sido verdaderamente sorprendentes, al extremo de que el jefe del Departamento, Dr. Alfredo Vásquez Barriere, está convencido de que después de la campaña de este año esa enfermedad habrá desaparecido.

La disposición en el último capítulo de la ley relativa a la designación de funcionarios de salud pública, establece para todos ellos el requisito del tecnicismo; no solamente los médicos sino el personal administrativo y secundario debe ser especializado, debiendo rendir un examen de capacidad, ingresando por intermedio de la Escuela de Sanidad Pública. Esta conquista representa para nosotros, como los señores Delegados comprenderán, un avance muy considerable; consagra la técnica y destierra la política de toda la acción que desarrolla el Ministro de Salud Pública, lo que tendrá una proyección social de gran trascendencia.

Como en nuestro informe explicamos detalladamente la organización de los centros técnicos y los resultados estadísticos obtenidos, de acuerdo con la recomendación del Señor Presidente de la Conferencia, el eminente maestro Dr. Aráoz Alfaro, no me extenderé más. Pero quedo conjuntamente con el Dr. Schiaffino—que si no ha redactado el informe, es uno de los técnicos más distinguidos de nuestro país—a la disposición de los señores Delegados para cualquier aclaración o dato que deseen.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Es un acto de justicia decir que en la preparación de la ley de Salud Pública ha colaborado la Oficina Sanitaria Panamericana, por intermedio del Dr. Long, a invitación del Señor Ministro de Salud Pública. Se han establecido así las bases de la ley en forma que pueda ser útil a todos los países que la adopten, tomando cada uno lo que le convenga de acuerdo con las circunstancias particulares.

El Sr. PRESIDENTE. Habiendo terminado los informes de los países representados en la Conferencia, invito al Señor Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, nuestro eminente y querido colega el Dr. Long, a exponer su informe.

Dr. LONG. Entiendo que el señor Presidente me ha concedido la palabra con el fin de que dé cuenta de mi cometido como Comisio-

nado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana. Voy a ser lo más breve posible.

Empecé a viajar como representante de la Oficina Sanitaria Panamericana en el año 1923. Estuve algunos meses en la América del Sud durante aquel año y también el año siguiente. En el año 1925 fuí a Chile como asesor técnico del Ministerio de Higiene, quedándome allí hasta mediados del año 1927, época en que me trasladé al Canal de Panamá, como jefe de sanidad marítima, actuando todavía como representante de la Oficina Sanitaria, en lo posible. En la Conferencia Sanitaria de Lima, del año 1927, se creó el puesto de Comisionado Viajero y en ese carácter he seguido viajando, especialmente desde julio de 1928. Creo que seré más breve relatando, paso a paso, lo que se ha hecho.

Visité a Costa Rica; hablé con el Ministro de Salubridad de aquel país, con el que traté varios puntos importantes, como el de provisión de agua potable a San José y a Puerto Limón, y otros asuntos sanitarios; cambiamos impresiones, haciendo comparaciones entre lo que hacía Costa Rica en aquél entonces y lo que hacían los demás países, porque yo he considerado siempre que uno de mis deberes más importantes es llevar las experiencias y conocimientos adquiridos en un país, a otros, para que puedan aprovecharlos en cuanto les sean útiles.

También hice una visita a Panamá. Allí conferencí con las autoridades sanitarias, ayudando en la confección de un anteproyecto de ley sanitaria, que fué aceptado por el Departamento de Sanidad y por el Gobierno; pero no llegó a convertirse en ley, porque el Presidente, a pesar de que apoyaba el proyecto personalmente, por motivos económicos no creyó prudente someterlo al Congreso, porque implicaba aumentar los gastos de la nación. Fué ese el único motivo que impidió fuera sancionado.

En el año 1928 estuve en Bogotá, entrevistándome con las autoridades sanitarias y de asistencia pública, con el Presidente de la República, con el Arzobispo y con varios ministros, conferenciando sobre varios asuntos de interés, especialmente sobre la fiebre amarilla, que existía en el interior de la República.

Estuve después en el Ecuador, durante bastante tiempo. Actué en calidad de asesor técnico del servicio antipestoso del Ecuador. Empezamos a trabajar en septiembre del año 1929, y el último caso de peste que hubo en Guayaquil, ocurrió en marzo de 1930, quedando dicho puerto libre de peste hasta la fecha. La peste todavía existe en ciertos focos esporádicos, pero, según las informaciones recibidas del Jefe del Servicio Antipestoso, creo que hay pocas probabilidades de tener muchos más casos en el interior del país. Los últimos casos han ocurrido en septiembre de 1934. Murió de peste un indio, y algunos de los que asistieron al velorio

fueron también atacados, con lo cual fueron seis las personas infectadas. Después no ha habido más casos.

Del Ecuador fuí al Perú, con la misma intención de participar como asesor en la campaña antipestosa llevada a cabo por la Dirección General de Salubridad. Primero hicimos una inspección del país entero en automóvil—un viaje que no recomiendo a nadie—de Lima a Piura. Allí nos reunimos con el Delegado del Ecuador y firmamos un acuerdo sobre la coordinación de medidas sanitarias en la frontera. Ese acuerdo ha sido cumplido al pié de la letra por los dos países, y en consecuencia la provincia de Loja en el Ecuador y el departamento de Piura en el Perú están libres de peste. Únicamente este año ocurrió un caso en la ciudad de Huancabamba, debido, como explicaré en su oportunidad, a las pulgas traídas por arrieros venidos del litoral.

Además de la campaña contra la peste en el Perú, que hoy está en muy buenas condiciones—en este año, hasta la fecha, o sea en 10 meses del año, hemos tenido un total de 38 casos en el país que, comparado con el promedio de 60 casos registrado en 31 años anteriores, da una idea de la reducción operada—además de eso, los puertos del Perú están libres de peste, como los del Ecuador, aunque hay dos puertos—El Callao y Salaberry—que no se pueden considerar libres según el Código Sanitario Panamericano, porque no han transcurrido los seis meses reglamentarios desde el descubrimiento de las últimas ratas infestadas; pero dentro de poco tiempo se cumplirá el plazo, y es seguro que podrán ser considerados libres de peste.

En Chile y también en el Perú he participado en la confección de reglamentos, como el relativo a la formación del servicio antipestoso, y he consultado con el Director General de Salubridad en el Perú, a su pedido, en una ocasión sobre el paludismo, y en otra sobre la fumigación de vapores.

En Chile, con motivo de un Código Sanitario que fué aprobado y puesto en vigor durante dos años, al cabo de los cuales fué sustituido por otro, también he colaborado en estudios sobre agua potable, y ahora, según me ha dicho el ingeniero encargado de las aguas potables de Chile, más de la mitad de la población bebe agua filtrada en cantidad suficiente, pues ha aumentado el número de instalaciones, creo que a 160.

En Bolivia también hice varias consultas sobre materias de sanidad, especialmente sobre ratificación del Código Sanitario Panamericano. Como Bolivia no tiene puertos, al principio no tenía mucho interés, creyendo que era un código marítimo; pero al fin, el Código fué ratificado por el Congreso del país.

A la Argentina he venido en muchas ocasiones para conferenciar sobre varios asuntos, especialmente peste, fumigación de vapores y en particular de los que llevan cargamentos que favo-

recen la propagación de la peste a otros países. En años anteriores la Argentina "exportaba" junto con sus cereales alguna que otra rata infestada, como había sido comprobado en puertos de Europa y de América; pero desde 1928, cuando el Presidente aprobó el reglamento de fumigación que ha sido llevado a cabo con regularidad y teasón por el Jefe de la Sanidad Marítima, no ha habido ningún otro caso de exportación de peste. Además, tengo la convicción, y he conversado sobre eso en varias ocasiones, que un importante factor para la eliminación de la peste del puerto de Buenos Aires lo constituye la fumigación eficiente de los buques fluviales que trafican entre los puertos del país y los de los países vecinos.

En el Uruguay he estado varias veces. Allí pedí al Ministerio de Salud Pública, como acaba de decirlo el Dr. González, la adopción del nuevo Código Sanitario, que ya está en vigor, además de otros asuntos de distinta naturaleza.

En Brasil conferencí en 1928 y 1929 con el Director de Sanidad sobre fiebre amarilla, enfermedad que reviste también interés internacional, y sobre la organización de la compañía antipestosa que puede llevarse a cabo en los puertos de Río Janeiro y Santos.

Tales son, más o menos, indicadas en forma imperfecta, mis tareas durante los últimos 11 años, que han sido casi exclusivamente dedicados a la sanidad en Centro y Sud América.

Una cosa que lamento mucho es que todavía no he tenido oportunidad de visitar México y algunos países de Centro América, pero como no han tenido durante muchos años enfermedades de importancia internacional, no ha habido tanto que hacer como en otros países donde existen asuntos de dicho género. Es por eso que no he podido tener el placer de ir a saludar a los amigos que tengo en esos países.

Sobre la reglamentación y aplicación del Código Sanitario Panamericano, he hablado con miembros de los Poderes Ejecutivo y Legislativo, y, como he dicho, hasta eclesiásticos; y en Paraguay y en Chile los arzobispos promulgaron una circular con instrucciones a los curas o párrocos de su jurisdicción, sobre la necesidad de inculcar ideas sanitarias entre los feligreses.

Hay naturalmente otras muchas cosas en un período tan largo como el de 11 años, de las que no me acuerdo en este momento; pero a grandes rasgos es esto lo que debo decirles sobre el cargo que he desempeñado como Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Quiero sí, agregar, que en todos los países que he visitado, he recibido la cooperación más completa. A veces, a pesar de que existían dificultades de orden político o financiero, siempre me han recibido con mucho cariño, me han atendido muy bien, me han facilitado datos y me han escuchado con atención. Debo a

todos ellos esta pública manifestación de gratitud, y me congratulo de contar entre mis mejores amigos a muchas de las autoridades que he encontrado en los distintos países, y les doy las más sinceras gracias por la colaboración que me han prestado.

El Sr. PRESIDENTE. Creo interpretar el sentimiento de todos los presentes, y muy especialmente de todos los que como Directores de Sanidad, actual o anteriormente, hemos tenido o tenemos la responsabilidad tan grave de la defensa de la salud de nuestros países, agradeciendo una vez más al Dr. Long esa tarea larga y empeñosa, llevada a cabo a través de molestias sin cuenta, que durante 11 años ha desempeñado en favor de la salud de América.

Ayer tuve ya ocasión de agradecer, en mi discurso inaugural, a la Oficina Sanitaria, y al Dr. Long especialmente, la cooperación y el servicio enorme que han prestado a todos los países de América; y hoy, después de esta exposición sobre la obra realizada a través de tan largos años, vemos que no sólo ha hecho el bien a manos llenas sino que ha aprendido a hablar el español; no ya lo que él llama "lenguaje panamericano" sino en realidad un español castizo. Lo felicito y le agradezco una vez más sus trabajos en nombre de todos los países de América.

Corresponde pasar al Tema Tercero: Demografía, bases, uniformes para toda América.

DEMOGRAFIA

Dr. MIRANDA (México). Yo creo, que el asunto de suyo tiene mucho interés. Las bases demográficas no sólo deben ser uniformes para una parte del mundo, como son las Américas, sino esencialmente internacionales. Una convención o arreglo uniforme solamente para América no podría tener una gran aplicación; es un asunto de orden internacional. Creo yo que a este respecto debemos atenernos a las conclusiones del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones. Las cuestiones allí aprobadas lo han sido por una gran mayoría de naciones, no sólo de América sino de todo el mundo, y se halla trazada una pauta respecto de demografía. Teniendo en cuenta que esas bases han sido ya aceptadas por la mayoría de las naciones, sería conveniente que América adoptara lo que Liga de las Naciones ha consagrado a este respecto.

Dr. LLOYD (Estados Unidos). Aunque es muy difícil conseguirlo, creo conveniente estudiar el modo de uniformar procedimientos en cuanto sea posible.

Dr. DIEZ DEL CIERVO (Venezuela). El Ministerio de Salubridad de mi país, deseando tratar debidamente el punto que tenemos a consideración, comisionó al técnico de esa repartición para que hiciera un estudio sobre el particular, estudio que no lo he traído en este momento, pero que presentaré en la primera oportunidad.

Dr. COUTTS (Chile). En lo relacionado con el problema de la demografía, hay un punto interesante que tratar, sobre todo para aquellos países que tienen población indígena, porque acontece—como entre nosotros, por ejemplo—que en las zonas donde existen reductos indígenas, apartados de los centros civilizados, los casos de defunción muchas veces no se registran. Esto creo que también puede observarse en otros países de América donde hay una población indígena mayor, indígenas que a pesar de ser tales pertenecen al país donde viven. Sería, pues, interesante estudiar este punto en la Conferencia para ver si es posible precisar cómo puede llegarse a establecer una pauta en esta demografía indígena de nuestro país, a la cual ha hecho referencia el Dr. Long. Esa población indígena constituye una parte importante de la población del país y no se sabe qué mortalidad tiene.

Dr. LIMA (Brasil). En cuanto a las estadísticas de mortalidad, nosotros tenemos en el Brasil grandes dificultades, por cuanto los datos dejaban mucho que desear en el interior del país. En el Brasil, como en todos los países, en el interior, en las zonas alejadas de los centros poblados, se entierra a los muertos en cualquier parte. Y nos hemos visto en la necesidad de establecer una verdadera reglamentación de los cementerios en todos los Estados del Brasil. La adopción de esa reglamentación de los cementerios en todos los países de América sería de desear como base para la solución de muchas dificultades con que hoy tropieza la cuestión demográfica, en cuanto a la estadística de la mortalidad.

Dr. BEJARANO (Colombia). El señor Delegado del Brasil llamaba la atención sobre el buen resultado que daría la reglamentación de los cementerios. Respecto a la demografía, al menos en lo que se refiere a mi país, hay un problema estrechamente vinculado al ejercicio de la profesión. Nosotros tenemos pueblos pequeños, de poca significación, que carecen totalmente de servicio médico, por un fenómeno que viene ocurriendo allí y que también se observará en la Argentina: la tendencia de los médicos a buscar los grandes centros, con graves perjuicios para la población campesina. De manera que dentro de la misma magistratura sanitaria, es necesario pensar seriamente en la magistratura médica rural, que es precisamente uno de los aspectos que contempla la reforma educacional planteada por el actual Ministro de Colombia, porque, en realidad, cómo podemos tener bases para la demografía si carecemos de diagnóstico? Cómo se puede, en el campo, en las poblaciones pequeñas, llevar estadísticas de las causas de mortalidad si no hay un médico competente que pueda diagnosticar? Nosotros mismos, tratándose de enfermedades como la fiebre amarilla, no podemos levantar con exactitud y precisión la historia de la enfermedad, porque hemos carecido del elemento médico que

oportunamente nos advirtiera, por el aspecto clínico del caso, de que se trataba.

Creo que a nosotros nos sería difícil, por el momento, el cumplimiento de un convenio internacional desde el punto de vista demográfico, porque no obstante haber, de acuerdo con la nueva organización que tiene, en el Departamento de Higiene de Colombia, una sección de epidemiología y de estadística, hay que pensar, desde luego, que va a funcionar en una forma sumamente difícil, mientras los campos no estén provistos de elementos médicos competentes. Mientras continúen ejerciendo allí solamente las personas que no están autorizadas, o que carecen totalmente de conocimientos médicos y dan diagnósticos erróneos, la estadística demográfica se hará sobre bases absolutamente falsas.

Creo, pues, que esto debe ser motivo de consideración en esta conferencia y que, por lo menos, en la última sesión debemos dar un voto para nuestros gobiernos, a fin de que el establecimiento de los médicos rurales se intensifique, y poder tener así una verdadera base para la demografía.

Dr. GROSSI (Chile). En realidad, basándose exclusivamente en el diagnóstico, ya sea el clínico o el anátomo-patológico, el médico no siempre encuentra las luces que necesita. Es necesario buscar en la etiología misma, porque es muy grande la importancia que ella tiene en su relación con las causas de muerte en los grandes flagelos de la humanidad: la tuberculosis, la sífilis, las enfermedades infecciosas. Creo que es allí donde debe orientarse la estadística demográfica.

Dr. COUTTS. Ya que se ha hecho referencia a estadística demográfica en general, creo que sería sumamente importante que tomáramos un acuerdo a este respecto.

Todos nosotros sabemos, dentro de nuestras especialidades, cuánta es la gente que muere de sífilis, y sin embargo las estadísticas de cada uno de nuestros países señalan una cifra insignificante de mortalidad por esa causa. Nuestras estadísticas, especialmente de las enfermedades que tienen una repercusión tan grande sobre la mortalidad general como es la sífilis, están mal llevadas. No se establece en ellas la verdadera causa de la muerte. Se habla de endocarditis, de angina al pecho, etc., pero no se precisa la causa real. Todos nosotros sabemos el alto porcentaje de mortalidad por sífilis, pero las estadísticas no lo traducen.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). El tema traído a esta Conferencia es en realidad un tema que debería figurar por muchos años en las futuras conferencias sanitarias. Salvo los Estados Unidos, donde el registro llega al 97 por ciento, y países como la Argentina y, tal vez, algún otro, en lo que respecta a poblaciones homogéneas, en el resto de América, México, por ejemplo, por el desenvolvimiento cultural de sus habitantes y las deficiencias de que acaba

de hacerse eco en esta Conferencia, con una franqueza que lo honra, el señor Delegado de Colombia, nos encontramos en la imposibilidad de hacer un verdadero registro demográfico, sobre todo en nuestro país donde la población ocupa una densidad kilométrica sumamente baja. En el Perú tenemos 1,800,000 km².; de territorio, y cinco millones de habitantes, o sea dos habitantes aproximadamente por km.

En consecuencia, esta Conferencia se encuentra frente a tres hechos, que es indispensable concretar en una resolución que venga a repetir lo que ya en anteriores conferencias se ha dictado. En este sentido, me permitiría hacer moción para que la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Buenos Aires, después de comprobar las inevitables deficiencias que existen en la mayoría de los países de América, en lo que se refiere a la organización demográfica, reitera: primero, su adhesión a las normas internacionales introducidas por las conferencias sobre demografía, de las cuales una de sus modalidades es la aceptación universal prestada a la nomenclatura de Bertillon, que, como todos los señores delegados saben, cada 10 años se revisa; segundo, que es absolutamente indispensable que todas las instituciones sanitarias se interesen por el perfeccionamiento de los sistemas demográficos implantados en nuestros países, como el mejor modo para llegar a hacer verdaderas comprobaciones de la marcha sanitaria en ellos; y tercero, recomendar a los que tengan a cargo estas tareas, la precisión al consignar los datos sobre natalidad, mortalidad y aún morbilidad, porque si no se observa es evidente que nunca sabremos exactamente cuál es la situación de nuestros países en lo que respecta a la demografía.

Si estas cuestiones fueran aceptadas, el voto podría entonces referirse a lo que llamaríamos el capítulo total de la demografía y la doctrina que emerge de esta conferencia.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Sin que se sientan en el Uruguay los inconvenientes que se derivan de una población indígena, porque no la tenemos, es indudable que gran parte de la mortalidad por causas ignoradas y no diagnosticadas va disminuyendo año tras año. Esa mortalidad, que hace 30 años era de un 34 por ciento, se ha ido reduciendo paulatinamente hasta alcanzar ahora la cifra del 16 por ciento. La mortalidad por causas desconocidas obedece a distintos orígenes. Algunas veces es en los centros muy poco poblados donde falta el médico, y entonces el que extiende el certificado de defunción es el juez de paz o el teniente alcalde, que naturalmente no puede poner diagnóstico. Otras veces es por culpa de los médicos, aunque ello ahora es raro, pero antes pasaba. En ese sentido, recuerdo haber visto en un juzgado de paz, hace 20 años, un certificado de un médico italiano que decía; "Falleció a consecuencia de una barrica que se le cayó en la cabeza." Ese era el diagnóstico. Pero lo que ocurre frecuentemente es que lo que

es un accidente de la enfermedad, aparece como causa originaria.

Se ha hecho referencia hace un momento a los certificados que son extendidos consignando enfermedades distintas a las que provocaron la muerte. A veces, por complacencia con la familia, el médico no pone tuberculosis. Otras veces, por no denunciar un caso de escarlatina, pone en el certificado que la muerte ha ocurrido por nefritis. Resulta entonces que las enfermedades transmisibles aparecen excluidas de las estadísticas; de modo que yo me adhiero a la fórmula que ha presentado el señor Delegado del Perú, Dr. Paz Soldán, que llama la atención sobre ese problema de gobierno. Indudablemente que las soluciones tendremos que ir buscándolas en sucesivas conferencias sanitarias.

Hay otro punto al que le doy también importancia, sobre el cual sería interesante conocer la opinión de la asamblea y es respecto de las oficinas encargadas de la estadística, si hay interés o no en que estén unidas a las oficinas sanitarias. En muchas partes la oficina demográfica depende de la salubridad pública; en otras partes esa oficina trabaja separadamente. Mi modesta opinión al respecto, es que habría ventajas en que estuvieran unidas a la Sanidad, porque muchas veces, respecto de causas de mortalidad desconocidas, puede una investigación de parte de la oficina sanitaria, de parte de los técnicos, rectificar ciertos errores que, si la estadística está totalmente en manos de personas extrañas a la sanidad, no se rectifican jamás. Es una sugestión que propongo a la consideración de los colegas.

Dr. MIRANDA. Se ha planteado una cuestión que se aparta un tanto de la redacción estricta del programa: "Demografía. Bases uniformes para toda América." Entiendo que no vamos a discutir el asunto de la nomenclatura, puesto que ha sido él dejado para las convenciones propiamente internacionales. El asunto se viene a reducir, a mi entender, a establecer la conveniencia de un esfuerzo uniforme en todas las naciones para mejorar los datos de nuestra demografía, visiblemente defectuosos en la mayor parte de los países.

Una conquista en el terreno de la demografía no se puede lograr de un golpe; es necesario que sea progresiva y gradual. Una manera sería, como se ha hecho en los Estados Unidos, comenzar por un área limitada de registro que va aumentándose gradualmente hasta llegar a abarcar todo el país. Pero en nuestro país no ha sido posible proceder en la forma indicada, debido a una dificultad que no es sólo nuestra sino de casi todos los países sudamericanos, donde no puede afirmarse que un solo estado o provincia haya cumplido los requisitos necesarios para la organización de su demografía. En nuestras repúblicas las condiciones son diversas en las ciudades y en los campos, y la que sin duda reviste más importancia es la demografía rural, íntimamente ligada a la higiene rural. Yo

siento mucho que en el programa no se mencione más que el saneamiento rural en el tema 12. Empleando términos más amplios al llegar a ese tema podríamos discutir cómo mejorar las condiciones de la higiene rural y tratar especialmente las cuestiones de la demografía rural.

En México hemos tenido esta experiencia: la primera ley que surtió efectos para obtener datos de mortalidad fué una ley análoga a la del Brasil que ha sido mencionada, en virtud de la cual no se puede enterrar a una persona sin la constancia de un certificado donde se expresen las causas de la muerte. Naturalmente que en los medios rurales donde no existen médicos y los casos son atendidos por curanderos o personas aficionadas a la medicina, se mencionan las enfermedades con nombres completamente extraños a la nomenclatura médica. Con ese motivo nuestro Departamento de Estadística emprendió una labor, que es digna del mayor encomio, de estudio minucioso de esa terminología popular, para establecer en forma precisa las sinonimias entre la nomenclatura científica y los nombres populares con que se designan las enfermedades en las distintas regiones del país. Tenemos entonces: primero el dato del Registro Civil, representado en cualquier población, por pequeña que sea, por un funcionario encargado de anotar todas las defunciones y las causas de las mismas, cuyo certificado, por el estudio de las sinonimias a que me he referido, puede ser clasificado fácilmente; y en segundo término procuramos la centralización cada vez mayor de la higiene en manos del Departamento de Salubridad Pública. Tiene esto mucha importancia, porque mientras tuvimos que tratar con oficinas o consejos de salubridad, provinciales y hasta municipales, cada uno, con cierta independencia, no fué posible obtener datos regulares sobre mortalidad o morbilidad, particularmente en lo que se refiere a enfermedades infecciosas. Ese inconveniente ha sido salvado desde que el Departamento de Salubridad ha colocado en cada ciudad de importancia primero y en las de menor importancia después, representantes médicos a quienes por la ley, los médicos y curanderos de cada localidad, deben dar cuenta de los casos de enfermedades contagiosas. Pero no podemos considerar integralmente resuelto el problema hasta no poder contar con un médico en cada localidad. A este respecto yo me permito recordar a ustedes algunas de las conclusiones de los recientes congresos de higiene rural, que son perfectamente aplicables a las naciones que están en el mismo caso en América, conclusiones que pueden sintetizarse en el siguiente postulado: que tratándose de poblaciones indígenas o de poblaciones de un grado de civilización bajo, no es posible separar la asistencia médica, de los servicios de higiene.

Hasta que no tengamos médicos en todas las poblaciones, no podremos tener demografía, pero si la población indígena no puede

sostener médicos para la higiene, los mismos médicos pueden servir para la asistencia social. Esta será, pues, una labor gradual. Si esta Conferencia recomienda a los países americanos: primero, la adopción en aquellos países donde no existen, de leyes tendientes a no permitir el enterramiento de cadáveres sin un certificado donde se exprese la causa de la muerte, éste sería el primer paso. El segundo paso sería la progresiva difusión de los servicios médicos sanitarios hacia el campo, reuniendo en una sola persona las funciones de higiene y de asistencia para aquellas poblaciones pequeñas que no puedan sostener las dos clases de médicos: el médico higienista y el médico en el ejercicio de su profesión.

Es éste un punto que tiene relación con la medicina social. El cuerpo médico se ha venido oponiendo en casi todos los países a la socialización de la medicina. La socialización de la medicina en las capitales, en las grandes ciudades, es un hecho que puede ser perfectamente combatido por la clase médica, que desea conservar su independencia; pero la socialización de la medicina en las pequeñas poblaciones desprovistas actualmente de médicos es una necesidad absoluta. Mientras no se llegue a la socialización de la medicina en esas pequeñas poblaciones, no habrá médicos, y no habiendo médicos no habrá diagnósticos, y no habiendo diagnósticos no habrá estadística demográfica. De manera que la tendencia en nuestros países deberá ser hacia la socialización de la medicina en las pequeñas poblaciones.

Dr. PAZ SOLDÁN. Yo condensaría el debate en un voto así concebido, que puede ser ampliado, modificado o rechazado:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, después de comprobar las deficiencias que existen y que parecen inevitables todavía en la mayoría de los países de América, en lo que se refiere a la demografía, y reconociendo la utilidad que ella brinda para la higiene, reitera su adhesión a las normas ya puntualizadas por las conferencias internacionales, que han uniformado la nomenclatura de las causas de muerte, las que deberán ser oficializadas en aquellos países que no lo hayan hecho todavía: declara que los servicios demográficos, censos, y registros del estado civil, deben ser organizados, tanto en las ciudades como en los campos, con criterio sanitario, para su utilización por la higiene y dentro de las posibilidades nacionales; y recomienda la mayor ilustración en los mismos médicos sobre esta materia, a fin de que los certificados de defunción que expidan se ajusten a las reglas demográficas ya aconsejadas y de que fijen con precisión la causa esencial de la muerte y los accidentes que pueden acompañarla.

El conocimiento de las sinonimias indígenas de las enfermedades consignadas en la nomenclatura Bertillon puede ser muy útil en esta materia.

El Sr. PRESIDENTE. Muchas veces hemos discutido ya, esta cuestión de la demografía, y recuerdo que en un congreso nacional de medicina nuestro, que yo presidí, hace bastantes años, uno de nuestros colegas sostuvo también la necesidad de perfeccionar la demografía sanitaria y de extenderla a todo nuestro país. Entonces yo hice la observación que se ha hecho hoy, con justicia, por varios delegados: no puede haber demografía cuando falta diagnóstico de la muerte en un número grande de casos. Es, entonces, a mi juicio, capital que habría que introducir un agregado al voto, por lo demás

muy importante, del Dr. Paz Soldán, al cual yo me adhiero desde luego. En nuestro país, la República Argentina, el registro se hace en todo su territorio, todo el país está sujeto, sin excepción, a la ley de Registro Civil; es decir, que obliga en todos los puntos de la República al registro de nacimientos, matrimonios, defunciones; pero el inconveniente práctico es el que han señalado varios de los colegas: que en algunas partes, especialmente en las campañas, falta el diagnóstico porque no hay médico que pueda hacerlo. Y desgraciadamente hay algunas de nuestras provincias más alejadas en que, sobre todo tratándose de mortalidad infantil—que yo he estudiado especialmente—hasta el 30 y 40 por ciento de las defunciones son sin diagnóstico, de causas desconocidas. En esas condiciones no hay posibilidad de que exista una estadística eficiente.

En cuanto a la falta de registro de las defunciones, puede decirse que en mi país el problema no existe, porque en toda la República habrá, a lo sumo, 30,000 ó 40,000 indígenas, muchos de los cuales están sujetos también a las disposiciones legales; pero tenemos todavía, en algunas provincias, ese otro problema de cierto número de muertes, en algunas, bastante considerable, que figuran en el Registro sin diagnóstico.

Creo, entonces, que al voto propuesto por el Dr. Paz Soldán habría que agregar:

Recomendar a todos los gobiernos de América que organicen la asistencia pública en todo su territorio, de manera que no haya sitio alguno en que el pueblo carezca de asistencia y, por consiguiente, en todas partes pueda tenerse el diagnóstico de la muerte.

La redacción, si es aceptada la idea, podría pasar, junto con el texto del voto del Dr. Paz Soldán, a la comisión que quiero proponer, precisamente de acuerdo con la indicación que hizo hoy el mismo señor Delegado, Dr. Paz Soldán, en quien yo en muchos casos me honro en reconocer una especie de mentor nuestro, mío especialmente, Crearíamos una Comisión que podríamos llamar de Redacción de Votos y Conclusiones, a la cual irían todas estas cuestiones, muchas veces conexas, que conviene armonizar y darles una redacción definitiva. Si la idea es aceptada, la asamblea no pierde tiempo en discusiones de palabras, pasa el asunto a esa comisión, que propondrá los votos al final.

Dr. PAZ SOLDÁN. Me parece excelente la indicación.

En el discurso que pronuncié ayer, he empleado una palabra que no es usual en el campo de la higiene sanitaria, y he adquirido por ello el compromiso—no lo he hecho aun porque recién estamos preparando el trabajo—de proponer a esta asamblea un plan general de asistencia y de profilaxis para cada uno de los países, pero dentro de un orden internacional. Acepto, entonces, la indicación, eficacísima como todas las del señor Presidente. Como ahora se trataba de demografía, no he querido dilatar más el voto que he

propuesto. Será cuestión de redacción. Y desde luego anticipo a la Conferencia que habré de presentar, conjuntamente con otra Delegación, seguramente, el plan general de la "Magistratura Sanitaria," que en mi opinión permitirá armonizar en todos nuestros países la asistencia y la profilaxis, tal como lo acaba de hacer Inglaterra.

El Sr. PRESIDENTE. En cuanto a la cuestión demografía, que es lo que se está considerando, yo me permito insistir en que no es posible que haya demografía mientras no exista asistencia médica en todas partes y los diagnósticos no sean exactos. La otra parte, la vinculación de la asistencia con la higiene, es indudablemente muy importante, pero corresponde a otro tema del programa de la Conferencia.

Si hay asentimiento general, el voto del señor Delegado Dr. Paz Soldán pasará a la Comisión de Redacción, así como el agregado que he propuesto.

Invito a los señores Delegados a que iniciemos mañana los trabajos en las comisiones. Mañana por la mañana podría reunirse la primera comisión: de Código Sanitario y Convención Sanitaria de Navegación Aérea. Por la tarde, el Dr. Soper desea hacer su exposición sobre fiebre amarilla, que por diversas razones, conviene sea secreta, de manera que destinaremos a ese asunto una hora más o menos antes de la sesión general. Previamente la Asamblea deberá decidir si esa exposición se hará en forma secreta.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Si la Presidencia cree que debe serlo, no habría inconveniente en que así se hiciera.

El Sr. PRESIDENTE. El Dr. Soper ha manifestado el deseo de que la exposición sea secreta, porque hay asuntos delicados.

Muchas gracias por el trabajo de hoy, y hasta mañana.

Era la hora 18 y 30 (6:30 P. M.).

En el corto tiempo de que dispongo no me será posible suministrar las fuentes de toda la información que presento, ni tampoco citar las personas y las instituciones que en los últimos años han contribuído al conocimiento de la fiebre amarilla.

Debo decir, sin embargo, que la labor de los tiempos más recientes sólo ha podido ser realizada gracias al magnífico apoyo legal, financiero y técnico liberalmente brindado sin excepción por todos los Gobiernos sudamericanos, cuantas veces los delegados de la Fundación Rockefeller sugirieron la conveniencia de emprender investigaciones o de realizar tareas de control de la fiebre amarilla.

Esta colaboración me ha hecho soñar con una era, quizás no muy lejana, en la cual la cooperación internacional para todo género de trabajos sanitarios será mucho más completa y, por tanto, más eficaz.

Cuando en 1927 se reunió la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana en Lima, sabíamos que la fiebre amarilla existía en la región costeña del Brasil, creyéndola ausente del resto de la América del Sur. Desgraciadamente, bien pronto desmintieron tal creencia el inesperado brote de Río de Janeiro en 1928 y la igualmente imprevista epidemia de 1929 en Socorro, Colombia.

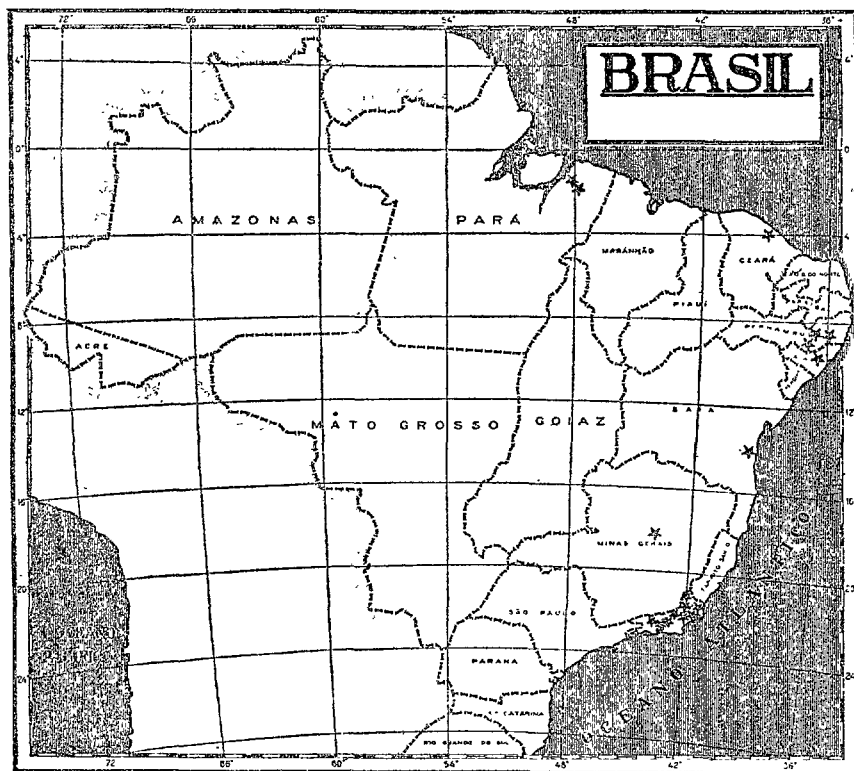
En este relato me limitaré con la mayor brevedad posible a exponer tan sólo los más importantes desenvolvimientos epidemiológicos de la fiebre amarilla en la América del Sur, durante los últimos cinco años. Este período ha sido particularmente fructífero para la epidemiología, debido a la aplicación, en una zona muy extensa, de nuevos métodos dedicados a delimitar las zonas anteriormente endémicas y a descubrir "focos silenciosos" de la enfermedad. Me refiero específicamente a la prueba de protección del ratón blanco para establecer la existencia de inmunidad adquirida al virus amarílico y a la sistemática recolección *post-mortem* de tejido hepático (viscerotomía), procedente de casos mortales de corto tiempo de enfermedad, para el diagnóstico histopatológico de la fiebre amarilla insospechada.

La profilaxis de la fiebre amarilla limitada a los grandes centros urbanos consiguió, durante un período de casi tres décadas, éxitos muy sorprendentes en el continente americano, porque no solamente eliminó el mal de las ciudades donde se aplicara, sino que saneó, aparentemente, las zonas tributarias.

Ahora bien, el saneamiento de los grandes centros urbanos del Brasil, a pesar de los alentadores resultados conseguidos en repetidas ocasiones, no alcanzó el éxito previsto y, ya a comienzos de 1930, era manifiesto que la eliminación de la fiebre amarilla de las ciudades importantes no lograría, por lo menos en el Brasil, la erradicación de la enfermedad de todo el país.

Como las verdaderas razones de tal fracaso no eran manifiestas, se abrigó la creencia que dicho método surtiría efecto en las zonas

endémicas brasileñas, si se extendía a las numerosas pequeñas ciudades y pueblos de la región costanera. Tal extensión de las medidas contra el *Stegomyia* ha ido acompañada de la desaparición de todos los brotes urbanos de la enfermedad, reconocibles por los actuales métodos de investigación, y de la gradual reducción del área en la cual la viscerotomía revela la presencia de fiebre amarilla rural. Esta fiebre amarilla rural del litoral del Brasil ha ocurrido, con una sola excepción, cuando había suficientes *Stegomyiae* para justificar la opinión de que este mosquito es el vector importante. En una extensa zona rural se han organizado medidas antiestegómicas y anticipamos el éxito en lo tocante a transmisión por el *Stegomyia (Aedes aegypti)*.



Distribución conocida de la fiebre amarilla en 1930

Para mayor claridad, creo oportuno recalcar que todo lo dicho hasta ahora se refiere exclusivamente a la zona litoral del Brasil, pero no reza con la zona que denominamos cuenca del Amazonas, a la cual me referiré más adelante.

En 1930 ya se sabía que otros mosquitos, además del *Stegomyia*, podían transmitir en el laboratorio el virus amarílico, de animal a animal. Sin embargo, sólo en marzo de 1932 quedó demostrado que la fiebre amarilla existía en condiciones y zonas donde el *Ste-*

gomyia podía ser descartado como vector. El primer brote de fiebre amarilla sin *Stegomyia* que ha sido señalado tuvo lugar en el valle de Canaán, Espíritu Santo, Brasil, quedando aparentemente circunscrito, por un período de 4 ó 5 meses, a las áreas estrictamente rurales de ese hermoso, productivo y poblado valle, sin poderse comprobar la existencia de casos en los poblados del mismo. La enfermedad fué identificada por la observación clínica, por la autopsia, por la prueba de protección de los ratones blancos y por la reproducción de la enfermedad en los monos inoculados con la sangre extraída en el período inicial de uno de los casos.

La idea que la cuenca del Amazonas no fuera tan indemne de fiebre amarilla como hacía creer la historia de los últimos 20 años, surgió primero en 1929, visto que sin haberse denunciado casos entre la población nativa de Pará, eran en cambio atacados los extranjeros. El hallazgo en 1931 de poder protector en el suero de los niños de lugares remotos en la cuenca del Amazonas, tanto en el Brasil como en el Perú, prestó mayor fundamento a esta idea.

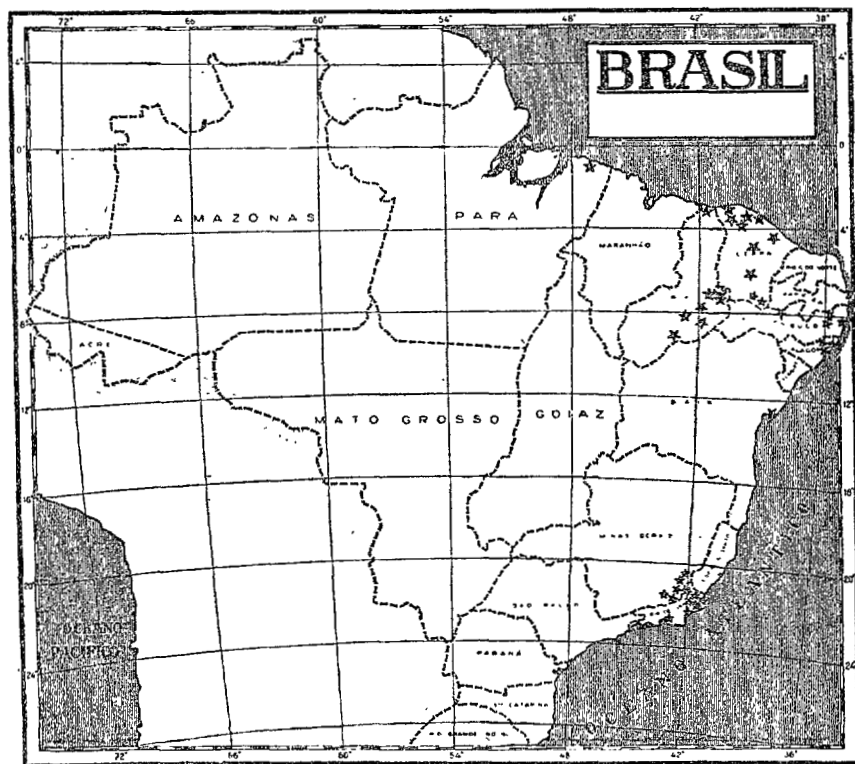
Dolorosa confirmación la dió, en marzo 1932, el imprevisto brote amarílico de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, ciudad de unos 20,000 habitantes, situada bien hacia la periferia de la cuenca del Amazonas. Si se hubiera necesitado más prueba de lo falaz de la teoría de que los centros urbanos son fuentes indispensables de distribución del virus de fiebre amarilla para mantener su endemicidad en la América del Sur, el brote cruceño, producido a cientos de leguas de todo foco reciente conocido, la suministraría en forma concluyente.

Los estudios realizados en Bolivia (1932-34) demostraron la previa existencia de fiebre amarilla en otras ciudades del sector boliviano de la cuenca del Amazonas, donde su presencia no fué observada clínicamente, viniendo por lo tanto, a dar más sólido fundamento a la hipótesis de que el brote de Santa Cruz no era más que una extensión de la endemicidad reinante en la cuenca del Amazonas.

Estas investigaciones constituyeron, además, cronológicamente la segunda demostración de que la fiebre amarilla—comprobada por el examen clínico, por el estudio histopatológico del hígado y por la prueba de protección—podía existir sin haber *Stegomyia*. El pequeño pueblo de San Ramón, con una población de sólo 125 habitantes, presentando condiciones totalmente distintas de las del valle de Canaán, había mantenido aparentemente el virus de la fiebre amarilla, por un período de muchos meses, en completa ausencia de *Stegomyia*. El brote de San Ramón poseyó por aquel entonces mucha importancia, por hacer pensar que la endemicidad en la cuenca del Amazonas podía ser independiente de la distribución del *Stegomyia* o, en todo caso, mucho más extensa que ésta.

Los estudios encaminados a determinar la distribución de la in-

munidad contra la fiebre amarilla, mediante pruebas de protección del ratón blanco, verificados en los años 1932-34, han confirmado nuevamente que en los niños existe una inmunidad adquirida para esta enfermedad; hecho que prácticamente abarca a todas las poblaciones investigadas en la cuenca del Amazonas, tanto de Brasil como de Perú y Colombia.



Distribución conocida de la fiebre amarilla en 1931

En Río Branco, Acre; Lauro Sodré, cerca de Leticia; Fonte Boa, entre Leticia y Manaos, y en San Sebastián, isla de Marajó (Pará), el servicio de viscerotomía ha recogido muestras de hígado en las cuales anatómopatólogos competentes han diagnosticado la existencia de lesiones de fiebre amarilla. Estos casos han sido hallados sin existir allí enfermos declarados como sospechosos de fiebre amarilla. Investigaciones cuidadosas han demostrado que los casos de Lauro Sodré y São Sebastião se presentaron en familias esparcidas a lo largo de las márgenes del río y siempre a cierta distancia de toda ciudad o pueblo y en completa ausencia del *Stegomyia*.

Por lo tanto, parece que ahora es que comienza la historia epidemiológica de la fiebre amarilla en la cuenca del Amazonas.

Por extraños e imprevistos que parezcan los hechos relacionados con la existencia de la fiebre amarilla en la cuenca del Amazonas y

que acabamos de mencionar, el colmo de lo inesperado en la epidemiología de esta enfermedad fué alcanzado en abril de 1934, cuando apareció una enfermedad extraña, rápidamente mortal, que de preferencia atacaba labradores adultos en Coronel Ponce, distrito rural de poca densidad de población, ubicado a 180 km. de Cuyabá, capital de Matto Grosso. La autopsia de un caso y las pruebas de protección revelaron que se trataba de fiebre amarilla.

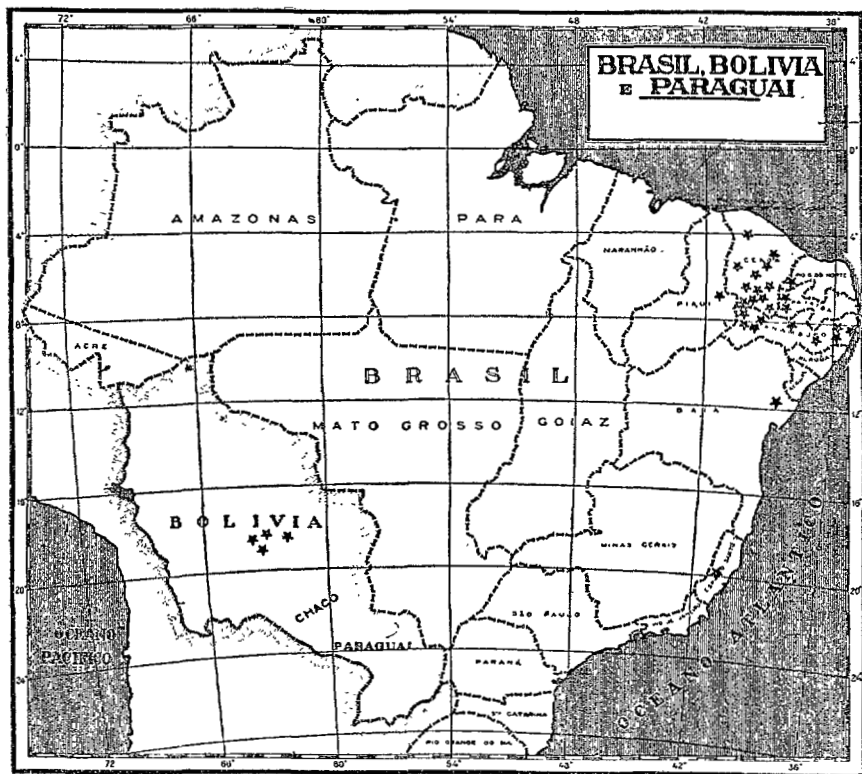
Esta zona infectada, colocada precisamente en la línea divisoria de las cuencas del Amazonas y del Río de la Plata, está completamente libre de *Stegomyia*. La falta de anticuerpos protectores en el suero de los niños de Cuyabá, Poxereu y Lageado, demuestra que tal vez el virus no fuera introducido en Coronel Ponce de posibles focos ubicados en las ciudades nombradas, las cuales, por otra parte, son los únicos centros urbanos próximos de alguna importancia.

La población de Coronel Ponce es tan reducida en número y dispersa, que a los que visitan el área se les hace difícil creer que no tenga allí participación epidemiológica algún otro vertebrado, distinto del hombre, en calidad de huésped. Es tal el aislamiento de todo otro foco conocido de fiebre amarilla que, hasta el momento, no hay explicación satisfactoria alguna que derive de las investigaciones todavía en progreso en Matto Grosso.

El comportamiento de la fiebre amarilla en Colombia durante los últimos años no ha sido menos intrincado o interesante que en Brasil y Bolivia. El brote de 1929 en Socorro, después de haber transcurrido seis años sin que se produjeran casos conocidos, hizo pensar de inmediato en la probable persistencia del virus en aquel país. A pesar de que este brote colombiano ocurriera en presencia de abundantes *Stegomyiae*, las pruebas de protección no pudieron demostrar que dicha infección proviniera de otros centros urbanos de la cuenca del Magdalena, donde abunda este mosquito. Tampoco fue posible hallar prueba alguna de la existencia de fiebre amarilla durante los años recientes en los puertos fluviales del Magdalena.

Los estudios del poder protector del suero, realizados en 1931 y 1932, confirmaron el rumor—a menudo propalado por los profanos y frecuentemente negado por los expertos en fiebre amarilla enviados a estudiar el problema—de la existencia de la enfermedad en la región de las célebres minas de esmeraldas de Muzo. Todo cuanto cabe asegurar por ahora es que en esta región no existe actualmente *Stegomyia*, pero que, a pesar de ello, con relativamente cortos intervalos y por un período de más de 20 años, han sido denunciados casos de fiebre amarilla diagnosticados clínicamente. Las pruebas de protección revelaron inmunidad en convalecientes y, más tarde, en un alto porcentaje de muestras de sangre de niños de las zonas rurales de Muzo. Diagnósticos positivos en autopsias fueron obtenidos en 1934, pero ni el modo de transmisión ni la

fuente permanente del virus han sido descubiertos todavía. Considerados la dispersión de los habitantes y el relativo aislamiento de la región, parece imposible que un vector de tan corta vida como el mosquito, pueda ser capaz de mantener la infección año tras año. Durante el 1933, un brote de fiebre amarilla, confirmado por autopsia, estalló en el municipio de Caparrapí, lugar cercano a Muzo. Este brote guarda una curiosa semejanza con el de Matto Grosso, Brasil, pues los casos señalados corresponden a labradores y se produjeron en ausencia del *Stegomyia*, y tanto en Matto Grosso como en Caparrapí los habitantes estaban convencidos de que la afección se contraía en los campos.



Distribución conocida de la fiebre amarilla en 1932

En septiembre 1934, hace apenas dos meses, una epidemia rural de aspecto clínico semejante a la fiebre amarilla y con alta mortalidad, fué denunciada en la localidad de Restrepo, cercana a Villavicencio en Colombia. La investigación ha confirmado plenamente el diagnóstico de fiebre amarilla, tanto en las frecuentes autopsias como por las pruebas de protección. Este brote, que es importante por ser de tipo rural en un área sin *Stegomyia*, queda topográficamente muy aislado de todos los otros focos conocidos. En efecto,

acerca de las cuales tampoco pueden llegar todavía a completo acuerdo los patólogos. Por otra parte, las pruebas de protección efectuadas con gran número de muestras de sangre de niños de diversos lugares han resultado siempre negativas y, además, no se conocen brotes de la enfermedad en las ciudades de las que provienen los hígados sospechosos, no obstante tener una población infantil no inmune. Las mismas historias clínicas de esos casos discutidos no son concluyentes, pero, de todos modos, han puesto de manifiesto que todos los sospechosos, a excepción de uno, habían recibido antihelmínticos poco antes de la muerte. En la costa del Pacífico prosiguen los estudios, que pueden muy bien demostrar que con toda probabilidad dicha región está actualmente libre de fiebre amarilla.

Durante el quinquenio de que ahora nos ocupamos, la presencia de fiebre amarilla no ha sido comprobada en ninguno de los puertos importantes del continente americano, ni tampoco ha aparecido prueba alguna de que se haya transportado este virus de una nación a otra.

La fiebre amarilla urbana, transmitida por el *Stegomyia*, ha declinado aparentemente con rapidez, y en el continente americano no se han registrado brotes en ciudades de más de 3,000 habitantes durante los últimos dos años.

Por otra parte, estamos obligados a reconocer que, no obstante el enorme trabajo efectuado para conseguir la extinción de la fiebre amarilla en el pasado, la enfermedad, según se ha dicho más arriba, existe en las áreas rurales del nordeste del Brasil, en lugares muy separados de la cuenca del Amazonas, en la cuenca del Magdalena y en la del Orinoco en Colombia. También debemos admitir que los factores determinantes de la endemidad persistente en áreas rurales de escasa población nos son por el momento desconocidos. Ignoramos asimismo los métodos apropiados para entablar la lucha en las áreas donde el *Stegomyia* no es el vector.

En la actualidad, las autoridades sanitarias del continente americano, encargadas de la salubridad de las zonas expuestas a la infección, deben estar al tanto de los hechos siguientes:

1. Las medidas contra mosquitos, aplicadas especialmente a la destrucción de las formas acuáticas del *Stegomyia*, son efectivas para la eliminación de los brotes urbanos de fiebre amarilla.

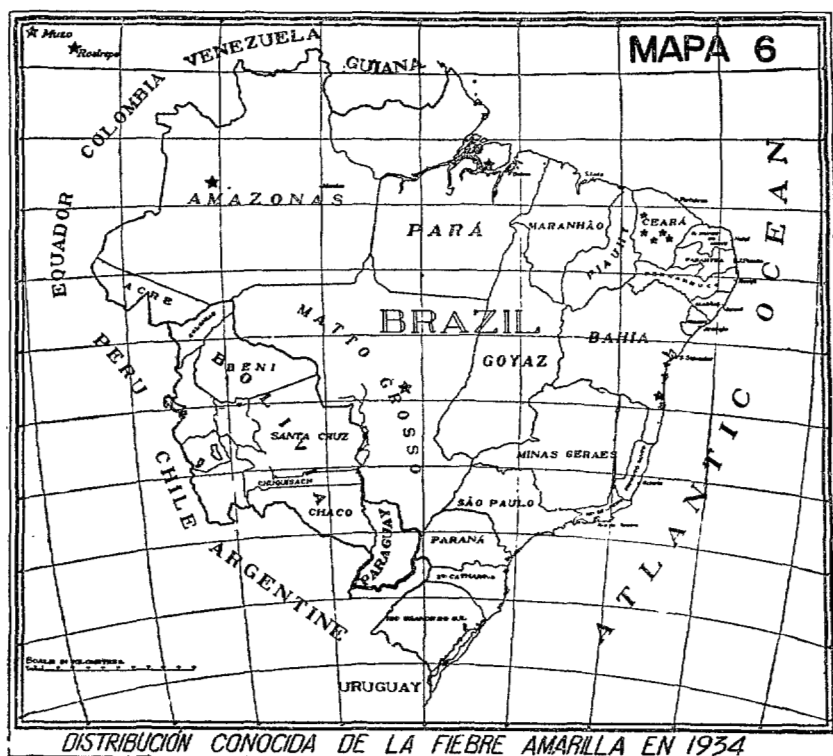
2. A pesar de que la fiebre amarilla urbana no persiste por largo tiempo después de la aplicación de medidas antilarvarias efectivas, este sistema no siempre garantiza la desaparición de la enfermedad en las zonas tributarias.

3. La fiebre amarilla puede existir, por períodos de tiempo relativamente largos, en zonas alejadas de los grandes centros de población, y éstos no pueden necesariamente considerarse ya como las fuentes constantes del virus.

4. La fiebre amarilla puede existir en zonas rurales carentes de *Stegomyia* o encontrarse en ellas asociada a este vector.

5. Las zonas rurales pueden estar infectadas con fiebre amarilla sin que exista la menor prueba de que la enfermedad se haya originado o hubiera pasado por las ciudades o pueblos próximos, aun cuando tales poblaciones engan una numerosa población susceptible y un alto índice estegómico.

A pesar de que el hígado de los que mueren de fiebre amarilla presenta generalmente lesiones características que permiten hacer el diagnóstico histopatológico, el examen de 50,000 muestras, colectadas en muchas partes de la América del Sur, nos ha convencido de la necesidad de correlacionar el cuadro histopatológico hepático con los datos clínicos y con los resultados de prolijas investigaciones en el presunto foco, antes de denunciar la presencia de fiebre amarilla en zonas aparentemente indemnes.



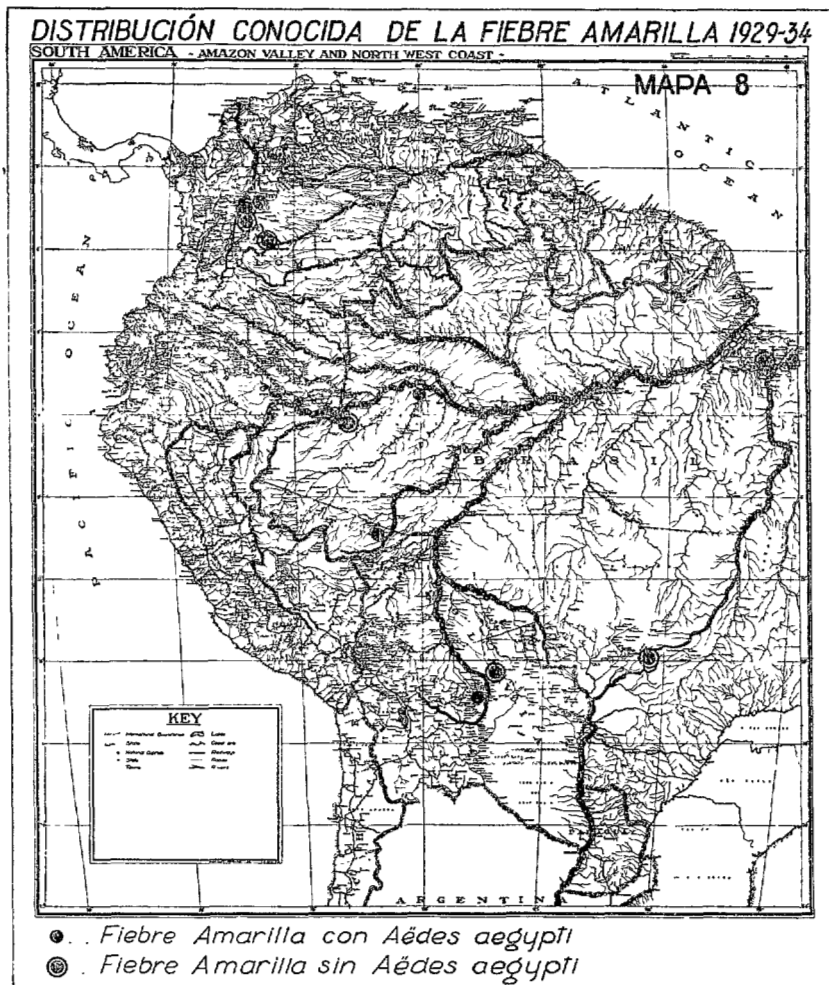
Al considerar la aplicación de estos dos métodos de estudio, hay que tener presente el hecho de que la información suministrada por cada uno de ellos es diferente. En efecto, la prueba de protección del ratón blanco informa acerca del número de personas que no han sido infectadas y del número de las que han sobrevivido a la enfermedad. A su vez, el examen sistemático del hígado sólo indica casos fatales, sin referencia alguna a la pasada o presente extensión de la enfermedad, con excepción, por supuesto, de los casos descubiertos.

El año pasado, al indicar a la Academia de Medicina del Brasil que la fiebre amarilla constituye realmente un problema continental que exige acción internacional, dije lo siguiente. "El Brasil ha reconocido la fiebre amarilla como un problema nacional, pero a la

El programa continental debe abarcar:

1. Servicios antilarvarios en todas las ciudades y puertos de la América tropical. Esta medida deberá impedir la futura diseminación extensiva del virus y reducirá grandemente la posibilidad de su difusión internacional.

2. Investigación sistemática del poder protector del suero humano para el ratón blanco, para determinar los límites de la reciente distribución de la fiebre amarilla. Sin duda éstos se hallarán mucho más extendidos de lo que hasta ahora creemos.



3. Recolección y examen sistemático de muestras de hígado de casos de enfermedad febril rápidamente mortal, en todos los lugares que pueden ser posibles áreas endémicas. Las ciudades pequeñas y las áreas rurales son las más especialmente importantes.

4. Minucioso estudio de todas las localidades que, por el examen del hígado, muestran estar infectadas, con especial referencia a la posibilidad de otros vectores además del *Stegomyia*, y de otros huéspedes vertebrados además del hombre.

5. Servicios antilarvarios en todas las ciudades, los pueblos y los alrededores de las áreas conocidas como infectadas.

Es de esperar que, como uno de los frutos de la presente Confe-

rencia Sanitaria Panamericana, se concierte una acción que comprenda todos los puntos de este programa continental, para que sea total o parcialmente aplicado por las autoridades de todas las naciones del continente americano en las regiones previamente endémicas. Tal acción conjunta se basará en:

1. La adopción por todas las naciones de reglamentos uniformes para las medidas antilarvarias y para la recolecta sistemática de tejido hepático de los casos febriles rápidamente letales.

2. Establecimiento de servicios de laboratorio para efectuar pruebas de protección, exámenes de hígado, estudios entomológicos e investigaciones sobre posibles huéspedes animales.

El uso de métodos uniformes en la lucha contra el mosquito en las ciudades y puertos de todo el continente permitiría la remisión periódica de informes uniformes a una oficina central, de la cual las autoridades de todas las naciones podrían ser informadas de las condiciones, estado y resultado de dicha lucha.

La Oficina Sanitaria Panamericana es actualmente el centro de reunión e intercambio de los informes relativos al número de casos de fiebre amarilla y de otras enfermedades de importancia internacional, que son diagnosticados en cada uno de los países del continente. Pero, desde el punto de vista de la protección contra la entrada de la fiebre amarilla, es probablemente tan importante conocer todo lo relativo a la cría de mosquitos en los principales puertos y ciudades de las regiones peligrosas, como conocer el número de casos diagnosticados y denunciados por los médicos locales a las correspondientes autoridades sanitarias.

He procurado en el corto tiempo de que he dispuesto llamar la atención sobre algunas de las más recientes adquisiciones de la epidemiología de la fiebre amarilla en la América del Sur, especialmente en lo que se refiere a los brotes de la enfermedad en localidades rurales y boscosas sin *Stegomyia*. Pero deseo hacer notar que el mantenimiento de índices estegómicos bajos en *todos los puertos y ciudades americanas es primordialmente esencial en la lucha contra la fiebre amarilla.*

Me bastaría recordar el importante brote de 1928-29 en Río de Janeiro, después de una aparente ausencia de 20 años de esa ciudad y de sus distritos adyacentes, para que todos apreciemos la cardinal importancia profiláctica de las medidas contra el mosquito.

Por último, deseo consignar mi sincero deseo de que esta conferencia no termine sus sesiones sin adoptar una bien definida política, tendiente al desarrollo de una acción conjunta para la lucha permanente contra la fiebre amarilla y para su estudio.

El Dr. BEJARANO (Colombia). Hizo una larga exposición sobre las últimas epidemias de fiebre amarilla en Colombia, sus modalidades y sobre la existencia de estegomias a alturas de 1,700 m. sobre el nivel del mar, en Colombia. Habló de la posibilidad de un huésped intermediario entre los vertebrados, que en los bosques

de Colombia, bien podrían ser monos que abundan en esas regiones. Se extendió también en consideraciones clínicas y habló de la necesidad de preparar médicos que, en el diagnóstico de la enfermedad, lo hicieran precozmente, aún cuando pruebas de laboratorio, consideradas como específicas, y las anatomopatológicas, sean concluyentes. Consideró que las epidemias rurales aparecidas en Colombia, no ofrecen hoy peligro internacional, por estar empeñada la Dirección Nacional de Higiene, en cooperación con la Fundación Rockefeller, en detenerlas sobre las zonas rurales donde han aparecido, lo cual ha logrado en el momento. Sugirió la necesidad de proseguir en la búsqueda de una vacuna preventiva que permita extenderla a toda la población que habita las zonas peligrosas e igualmente insistió en la necesidad de crear, como dependencias de los Institutos de Higiene o Laboratorios importantes de cada país, secciones dedicadas a las cuestiones de fiebre amarilla. Así cada país puede contar, en un momento dado, con un personal idóneo, personal indispensable de tener en las naciones que tienen un flagelo de tan caprichosas y sorpresivas explosiones y cuya duración en un territorio, como lo ha dicho con su alta autoridad el Dr. Soper, no puede asegurarse cuanto dure, dada la circunstancia de que el virus puede vivir en huéspedes distintos del hombre.

El Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Considera las formas atenuadas de fiebre amarilla, las que, según algunos autores, pueden ser la causa de la inesperada difusión de la inmunidad descubierta mediante tests de protección en Africa; la posible no validez de los tests de protección, citando la opinión de Ricardo Jorge; los resultados obtenidos con los métodos clásicos en la epidemia del Perú del año 1921, en la que los miles de casos ocurridos en una amplia área, llegaron a sugerirle que no se debe desesperar del uso de tales métodos en otros lugares. Sostiene, por último, la necesidad de preparar clínicos para el diagnóstico de la fiebre amarilla, método importante, desde que el agente causal es desconocido.

El Dr. MIRANDA (México). Sugiere que se multipliquen los laboratorios que estén en condiciones de practicar pruebas de protección, eligiendo para ello los Institutos Bacteriológicos colocados en sitios probadamente libres de aedes. En ese sentido presenta un proyecto de resolución para que pase a estudio de la Comisión de Fiebre Amarilla.

El Sr. Presidente consulta a la Asamblea si se debe continuar en sesión secreta. Habiendo asentimiento en el sentido de que puede pasarse a sesión ordinaria, así se hace siendo las 18 y 25 horas (6:25 P. M.).

El Sr. PRESIDENTE. Tiene la palabra el Dr. Soper.

Dr. SOPER (Rockefeller Foundation). No esperaba entrar a discutir hoy en detalle esta cuestión, pero después de lo que ha dicho sobre fiebre amarilla el Dr. Bejarano, quiero decir que sería una gran cosa si pudiéramos hacer el diagnóstico precoz de esa enfermedad, aunque estamos convencidos de que hoy es completa-

mente imposible que un médico, o un lego en las localidades donde no existen médicos, sean capaces de sospechar la presencia de fiebre amarilla, sobre todo si en ese lugar no se la ha conocido precedentemente.

Cuando en Río de Janeiro, en el año 1928, apareció la fiebre amarilla, sólo fué diagnosticada el 18 de mayo de ese año, y en ese momento ya existían en esa ciudad cuatro focos separados en diferentes partes de la misma, aparentemente independientes unos de otros. Nunca llegamos a saber cuándo fué infectado Río de Janeiro y tampoco nunca llegamos a saber la procedencia del virus.

Yo creo que los higienistas y las autoridades sanitarias lo más que pueden conseguir es diagnosticar el primer caso fatal que se produzca. Si conseguimos diagnosticar el primer caso fatal en cada lugar en que aparece, va a ser muy limitado el número de casos fatales que la enfermedad produzca.

Quiero decir ahora algunas palabras acerca de la viscerotomía, porque me parece un asunto interesante en este momento. Nosotros nos hemos ocupado de repartir instrumentos para que nos obtengan muestras de hígados en los casos de fiebre amarilla, entregándolos a distintas personas, en algunos casos, barberos, en otros farmacéuticos y de vez en cuando médicos, pero preferimos no hacerlo a los últimos, porque los colegas, sobre todo si la familia se opone, no van a perder tiempo en esas cosas y no las hacen. Los representantes legos estimulados por la prima que se les da por cada muestra que nos mandan, se ocupan de ello y de esa manera nosotros conseguimos lo que queremos. Las muestras que deseamos son en todo caso de enfermos que mueren dentro de diez días de iniciada la enfermedad. Es claro que los representantes interesados en la prima estipulada no siempre cumplen con este requisito, a tal punto que hemos podido comprobar casos como los siguientes: algunas veces sobre todo cuando una muestra es muy grande, la cortan en cuatro o cinco pedazos que mandan al laboratorio dando distintos nombres y procedencias. Felizmente en los laboratorios los técnicos averiguaron que se trataba de un solo hígado. Con el mismo objeto, no sólo se nos han mandado hígados cortados sino hasta de animales, pero en el laboratorio, se pudo comprobar fácilmente que no eran hígados humanos.

No hemos encontrado en toda esta tarea, un elemento más eficaz que el viscerótomo para descubrir la fiebre amarilla.

El Dr. Paz Soldán nos ha hablado de una fiebre amarilla benigna, que no mata. Yo quiero indicar que en todos los lugares que hemos mostrado hoy en los mapas, se han producido casos fatales. No estoy hablando de casos benignos sino de verdadera fiebre amarilla que da invariablemente casos fatales. Yo mismo he presentado en un trabajo preparado con motivo de una epidemia que se produjo en el Estado de Río de Janeiro, observaciones a este res-

pecto: hubo aparentemente más de 200 enfermos, de los cuales murieron cinco o seis.

Al hablar de fiebre amarilla benigna debemos, pues, referirnos sobre todo a las poblaciones donde es endémica. Por lo menos en el Brasil, yo creo que fuera de ellas no existe mucho tiempo en un lugar esa enfermedad sin matar a alguien.

Yo no habría dicho estas palabras tres o cuatro años atrás, pero después de cuatro años de trabajo con el viscerótomo, después de haber colectado más de 50,000 muestras de hígado, de investigar los casos sospechosos en el campo y de hacer las pruebas de protección en las personas allegadas, creo que hoy tenemos base para afirmar que la fiebre amarilla, por lo menos en el Brasil, no existe mucho tiempo en una zona sin matar a alguien.

Yo sé que la primera explicación que quisieron dar para la extensa distribución de inmunidad observada en Africa con las pruebas de protección, fué justamente la sugerida por el Dr. Paz Soldán. Pero el Dr. Morgan atestiguará que últimamente ha sido diagnosticada fiebre amarilla en un caso fatal en una zona de Africa muy lejos de donde la fiebre amarilla era conocida, a mil millas de distancia del foco más cercano y ha sido diagnosticada allí, solamente porque las pruebas de protección hechas habían demostrado la existencia de inmunidad en aquella región. Entonces los médicos empezaron a buscar casos, y un médico constató un caso en el hospital, hizo la autopsia y era efectivamente fiebre amarilla.

El Dr. Bejarano tocó también el problema de la vacuna. Puedo decir que hay un método de vacunar contra la fiebre amarilla, que ha sido aplicado a un número relativamente grande de personas; y últimamente han aparecido notas relativamente extensas en la prensa sobre otro método francés aplicado a unos 4,000 casos. El método empleado hasta ahora en la América del Sur y por la Fundación Rockefeller de Nueva York consiste en la inoculación conjunta del virus de fiebre amarilla, virus neurotrópo, y del suero de convaleciente y la cantidad de suero que consideramos necesaria todavía es tan grande que hasta ahora no es posible aplicar en gran escala este método. Baste decir que la Fundación empezó en 1931 aplicando tres cc. por cada 10 kg. de peso, pero con la última remesa de vacuna, las instrucciones eran aplicar el doble, es decir 6 cc. de suero por cada 10 kg. de peso. Para un hombre esto representa alrededor de 50 cc. de suero de convaleciente, pero es tal la dificultad para administrarlo, que no se puede aplicar todavía en el campo. Debo agregar que los estudios sobre la vacuna prosiguen, y que tenemos esperanzas de encontrar un método más fácil, lo cual sería ideal para las zonas o áreas rurales.

El Dr. Paz Soldán ha hablado sobre el éxito de los métodos clásicos de los últimos 30 años, aplicados en el Norte del Perú. Basta con decir que yo represento a la Fundación Rockefeller para saber

que no hemos llegado a la actitud que ocupamos hoy a este respecto, sin haber agotado todas las posibilidades de eliminar la fiebre amarilla en el Brasil con los métodos clásicos. Tanto insistimos en el Brasil en limitar los servicios a los grandes centros del país, a los centros urbanos, esperando que la fiebre amarilla acabase en el interior, que nos criticaron acerbamente brasileños que no aceptaban la tesis; y cuando yo hablo como hablé hoy, diciendo que dichos métodos habían sido un fracaso en el Brasil ustedes deben comprender cuanto cuesta decir esto a un representante de la Fundación, que ha gastado millones de dólares con los métodos antiguos. En el Norte del Perú existen condiciones completamente distintas: es una zona aireada, es una zona relativamente seca; no hay bosques, por consiguiente no hay monos, y el número de mosquitos y de otros insectos es muy limitado; y una vez que erradicaron el estegomía dentro de las casas la fiebre amarilla desapareció como desapareció de muchos otros lugares. Fué solamente cuando llegamos al Brasil que no lográbamos obtener buenos resultados. Por lo demás, lo contado hoy por el Dr. Bejarano sobre Colombia, muestra claramente que la situación es allí la misma. La fiebre amarilla desapareció de Colombia de 1923 a 1929, un período de seis años, en todo el territorio del país, y después fué a aparecer en Socorro, una ciudad de unos 35,000 habitantes. Y allí ocurrió lo siguiente: apareció una epidemia sospechosa de fiebre amarilla, con unos 150 casos clínicos, de los cuales 35 fatales; pero cuando verificaron las pruebas de protección en Socorro, donde era la primera vez que la fiebre amarilla se había declarado, se encontró el 50 por ciento de la población inmunizada. Nosotros creemos que existen casos benignos en cualquier epidemia y que la prueba de protección, en vez de dar la impresión de que la fiebre amarilla es más benigna, solamente muestra que la distribución de la enfermedad aun durante las epidemias, es mucho mayor que lo observado. En Río de Janeiro, por ejemplo, en 1928 y 1929, se declararon más de 700 casos, y entre éstos los de menos de seis o siete años de edad fueron muy pocos, tal vez media docena; pero sacando sangre de los niños hemos encontrado hasta 25 por ciento inmunizados, en ciertas zonas de la ciudad. Y al estudiar las curvas de mortalidad en Río de Janeiro durante los dos años de la epidemia, nos convencimos de que también se habían producido casos fatales en pequeños.

El Dr. Paz Soldán, al referirse al virus de la fiebre amarilla, alegó que no era un ente bien definido y que no se veía. Es verdad que no se ve; pero tampoco puede verse el virus de la viruela. Aun no viéndose, yo tengo una ampolla en mi escritorio en Río, en la que se ve un polvillo de sangre seca que contiene el virus y puedo asegurar que cualquier mono al cual inoculemos ese polvo, morirá con las características de la fiebre amarilla en el hígado. De manera que nosotros consideramos que hoy día el virus de la fiebre

amarilla está tan bien definido como el hombre mismo.

El punto débil que no fué tocado, es el de que posiblemente en la cuenca del Valle del Amazonas, no obstante existir un virus que produce el mismo cuadro clínico, patológico e inmunológico de la fiebre amarilla, posiblemente no sea amarílico; porque resulta que en la ciudad de Manaos, por ejemplo, donde hay 40,000 ó 50,000 almas, no se han registrado casos de fiebre amarilla en 20 años. Y cuando extraímos sangre a los niños encontramos un porcentaje de inmunidad muy bajo, mucho más bajo que los porcentajes encontrados en las márgenes del río, entre los indios y entre la gente que vive en plena selva.

Sin embargo, hay otros hechos que hablan en favor de la unidad del virus de la fiebre amarilla urbana y del de la fiebre amarilla selvática. Debemos recordar que en Colombia, la epidemia de Socorro en 1929, fué transmitida, casi con seguridad, por estegomías; cuando controlaron el estegomía, la epidemia desapareció, pero lo interesante es esto: que cuando fueron estudiados los sueros de los niños de otros lugares donde había estegomías que pudieran haber contagiado a los de Socorro, resultaron negativos. Y lo mismo sucedió con la epidemia de Santa Cruz de Bolivia, que concurreó con un índice estegómico muy alto. Santa Cruz está tan aislada de los otros grandes centros donde hay estegomías, que se hace muy difícil creer que la fiebre amarilla provenga de un lugar donde haya estegomía.

Dr. MONGE (Perú). He escuchado con gran complacencia la exposición del señor Delegado Dr. Soper y tal vez sería interesante resumir mi pensamiento dejando constancia de ciertas estadísticas referentes a la población del Socorro, a que ha hecho mención el Dr. Soper.

Creo que se ha referido a unas 35 defunciones en 175 casos, y a un 50 por ciento de inmunización. Esto quiero decir que hay ciertos aspectos clínicos que no están suficientemente bien definidos mas que cristalizan fácilmente a los ojos del clínico al hacer el diagnóstico de la fiebre amarilla. En realidad, venimos por la vía de la higiene al conocimiento de una enfermedad; y esto es sumamente importante y debemos felicitarlos de ello.

Quiero dejar constancia de estas cosas, porque, no directamente pero sí por informaciones muy minuciosas que he recibido hace algunos meses sobre una epidemia que apareció en el Putumayo, que atacó a más de 200 personas entre las que se produjeron unas 25 defunciones, parece que se trataba de un cuadro clínico caracterizado por flujo catarral no muy intenso, manifestaciones nerviosas, y, sobre todo, hemorrágicas. Los casos fatales dieron un cuadro sumamente grave y la muerte se produjo en pocos días. He querido simplemente aportar este dato porque, en realidad, aquella epidemia que infundía grandes deseos de considerar como parecida

a la gripe del año 1918, no tuvo todas las características de una gripe y correspondió a una enfermedad que los médicos, muy competentes por cierto, que la estudiaron allí no diagnosticaron en ninguna forma como fiebre amarilla.

Dr. MIRANDA (México). La base para la discusión entiendo que deben ser las resoluciones que en su trabajo propone el Dr. Soper, cuya segunda conclusión dice así: "Disponer de servicios de laboratorio para efectuar las pruebas de protección, los exámenes de hígado, los estudios entomológicos y las investigaciones sobre los posibles huéspedes animales." Y habiendo hasta ahora, según tengo entendido, muy pocos laboratorios—quizá solamente los de la Fundación Rockefeller—que sean capaces de hacer las pruebas de protección, me permito proponer a la consideración de la asamblea para que, si así se juzgara conveniente, pase a la comisión de fiebre amarilla, la siguiente resolución conexas:

"Que se multipliquen los laboratorios que estén en condiciones de practicar pruebas de protección, eligiendo para ello los institutos bacteriológicos colocados en sitios probadamente libres de aedes."

Como existe indudablemente peligro al llevar el virus a institutos bacteriológicos colocados en lugares donde existen aedes, puesto que repetidas veces se ha visto que el mismo personal del laboratorio se infecta y puede eso ser el origen de una epidemia, un foco, por eso insisto en que se elijan para ello institutos bacteriológicos colocados en sitios probadamente libres de aedes. Y se podrían escoger sitios colocados a más de 2,000 metros de altitud, para que allí se pudiesen ya hacer las pruebas de protección. Si a la Mesa le parece viable esta proposición, pido que pase a la Comisión de Fiebre Amarilla.

El Sr. PRESIDENTE. Pasará a la comisión respectiva la proposición del señor Delegado de Mexico.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). La situación de la defensa contra la fiebre amarilla es en este momento muy satisfactoria. Entiendo que se ha dado un gran paso en el sentido de que ya no se va a la profilaxia por procedimientos más o menos seguros, sino por una vía muy científica, biológica. Si bien es cierto que caben algunas reservas en cuanto a las formas clínicas de la enfermedad, no debe tampoco sorprender a nadie que el virus no dé siempre la misma forma clínica. Estamos acostumbrados a observar esas variaciones, sobre todo en casos de epidemia, pudiendo presentarse la enfermedad casi sin síntomas y hasta ser ignorada por el mismo paciente, de modo que no pueden sorprender a nadie esas variaciones y que haya que despistar la enfermedad por este otro procedimiento biológico, significando una gran conquista el disponer del mismo para ir, poco a poco, buscando las zonas donde puede haber la enfermedad. Es una verdadera profilaxia. No se cuenta solamente con esta labor científica de laboratorio, sino que también están los otros recursos en el sentido de la vacunación. La vacuna-

ción realmente hace progresos y es de esperarse que lleguen a obtenerse de ella resultados prácticos.

A pesar, pues, de conceder toda la importancia que tiene la manifestación que acaba de hacer el Dr. Soper, de que la fiebre amarilla es un problema sanitario internacional, también es cierto que en el momento actual contamos con grandes recursos científicos y de todo orden, y que a medida que se siga trabajando se ha de llegar al resultado práctico que se busca.

Dr. MIRANDA. Existiendo ya una comisión nombrada para el estudio de los asuntos relacionados con la fiebre amarilla, creo que podríamos cortar esta discusión, y pasar a esa comisión todos los asuntos en cartera para que nos presente oportunamente las conclusiones.

El Sr. PRESIDENTE. La presidencia considera que eso es lo que corresponde.

Dr. PAZ SOLDÁN. Creo, señor Presidente, que no ha habido discusión; ha habido un esclarecimiento que cada Delegado, en defensa de los intereses que representa, está en el deber de aportar. Se trata de una verdadera revolución en el campo de la higiene en lo que respecta a la fiebre amarilla, una revolución ideológica que tenemos el placer inmenso de ver triunfante y queremos saber cuáles van a ser las nuevas autoridades.

Dr. SOPER (Rockefeller Foundation). Hay un punto tratado por el Dr. Paz Soldán, que posiblemente no es bastante claro: la especificidad de la prueba de protección.

Dr. PAZ SOLDÁN. Sobre ese particular, el Dr. Soper debe conocer que el último informe de la Oficina de Higiene Internacional de París propone para el test de protección el título de "prospección biodémica." El trabajo me llegó al partir de Lima, y me produjo impresión. Desearía conocer la opinión del Dr. Soper, para formar de esa manera una opinión personal.

Dr. SOPER. Conozco ese informe por referencias del Dr. Morgan; pero no creo que nadie deba considerarse técnico en fiebre amarilla ni nadie debe considerarse sabio; nosotros hemos sufrido durante los últimos 20 o 30 años lo suficiente para adquirir conocimientos en ese sentido.

Cuando yo era estudiante de medicina y después de higiene pública, recuerdo que nos resultaban muy fáciles los estudios con respecto a la fiebre amarilla; era muy sencillo aprender la epidemiología de esa enfermedad, de acuerdo con lo que se nos enseñaba.

Yo mismo soy capaz de aceptar mañana cosas completamente diferentes a las que sostengo hoy. Están en Secretaría a disposición de los señores Delegados, copias en inglés y portugués de una conferencia que diera justamente hace un año en la Academia de Medicina de Río Janeiro. Hoy puedo decir que lo que dije en esa Conferencia, aún entonces ya estaba atrasado. Y la verdad es que

poco de lo que he dicho hoy, es lo que sostuve en aquella Conferencia.

Yo puedo afirmar que hemos estudiado y trabajado en estos últimos años con amplia libertad; que hemos contado con la colaboración y el apoyo de los Gobiernos brasileño, boliviano, paraguayo, colombiano, y últimamente de los de Venezuela y Ecuador y de las autoridades de las Guayanas Inglesa, Francesa y Holandesa y que igualmente hemos cooperado con las autoridades argentinas. No nos ha faltado nada para trabajar y estudiar en estos últimos años, y si no sabemos más, si no tenemos mayores conocimientos, es porque nuestra inteligencia no llega a adaptarse con la rapidez necesaria a las cosas que hemos visto. Lo que he contado hoy son las novedades de estos últimos seis meses o, a lo sumo, de este último año. Y sé que la copia de esta conferencia que voy a mandar a la Fundación Rockefeller, Nueva York, va a causar allí la misma sorpresa que le ha producido al Dr. Paz Soldán y otros que no estaban al tanto.

En la cuenca del Amazonas, nosotros hacemos pruebas de protección desde el año 1931, y yo no tuve, en noviembre del año pasado, el valor de presentarlas en la conferencia a que he aludido. Dije solamente entonces que reservaba por completo el problema de la cuenca del Amazonas para una discusión futura. Pero hoy día tenemos la confirmación aportada por la viscerotomía, en distintos puntos de Brasil, como, por ejemplo, Río Branco, Lauro Sodré, San Sebastião y la isla de Marajó. Igualmente hemos obtenido esa comprobación en las pruebas de protección que se hacen en el laboratorio, en donde realmente impone ver una cantidad de animales muertos con los virus de un lugar y sanos con los de otro. Nosotros estábamos más convencidos de la especificidad de las pruebas de protección en el año 1932 que en 1931 y estamos más convencidos de ella en 1934 que lo que estábamos en 1932. Es natural que, en cualquier prueba biológica, no se pueda afirmar rotundamente que todo es perfecto, pero cuando encontramos confirmación vez tras vez, aceptamos los hechos como exactos.

Hay, además, un punto al que quiero referirme. Creo que la función de esta Conferencia debe ser, en lo que respecta a la fiebre amarilla, la de dictar medidas para evitar la propagación de un país a otro, y al mismo tiempo llamar la atención de las autoridades de todos los países a este respecto, sabiendo como sabemos que el virus que tan fácilmente se dispersa y se difunde en nuestro Continente Americano, pone en peligro cualquier ciudad o puerto en donde los índices estegómicos sean altos. Yo creo que el primer paso que debemos dar en el control de la fiebre amarilla, es hacer bajar los índices estegómicos de los puertos y ciudades en las zonas anteriormente endémicas. En el Brasil, por ejemplo, existe solamente un servicio de control de fiebre amarilla, pero lo hemos or-

ganizado de la ciudad de Santos para el Norte, pensando que de esa ciudad para el Sud, la fiebre amarilla no puede permanecer endémica.

Quiero agregar pocas palabras más respecto al punto a que se ha referido el Dr. Miranda. Ya he hablado de la necesidad de instalar laboratorios. La Rockefeller Foundation tiene instalados dos, uno en Nueva York y otro en el Brasil, y en estos momentos estamos haciendo una inspección general de toda la América Central, México y la América del Sud, para saber cuál ha sido la distribución de la fiebre amarilla durante los últimos quince años. Felizmente esta inspección preliminar está bastante adelantada y tal vez dentro de cuatro o cinco meses se pueda decir, con más o menos seguridad, cuál es esa distribución. Mientras la Rockefeller Foundation mantenga su laboratorio en el Brasil, estamos dispuestos a hacer las pruebas de protección para todos los países. Mi sugestión era para el futuro, cuando la Foundation, por una razón u otra, crea conveniente terminar sus trabajos. Ahora, bien instalar laboratorios cuesta dinero y se necesitan técnicos especialistas para hacer los trabajos; de modo que tal vez sería más conveniente para los países de América mantener un solo laboratorio, o dos, en todo el Continente, para poder contar así con servicios más perfectos. Sobre la necesidad de que el laboratorio radique en un lugar donde no pueda haber epidemias, puedo decir que ahora mismo estamos trasladando nuestro laboratorio de Bahía para Río de Janeiro, en la seguridad de que no va a resultar epidemia, difusión del virus, ni cosa alguna, porque el índice estegómico de Río de Janeiro de 000 hace completamente imposible esa contingencia.

Dr. COUTTS (Chile). Me voy a permitir proponer el siguiente voto:

La Novena conferencia Sanitaria Panamericana, después de la brillante exposición que sobre los nuevos conocimientos respecto de la fiebre amarilla ha hecho el Dr. Soper, acuerda darle no sólo las gracias, sino un voto especial de aplauso.

El Sr. PRESIDENTE. La aclamación general hace innecesaria toda votación al respecto. Por otra parte, se había hecho la misma aclamación cuando yo hice la misma expresión de aplauso y felicitación. Pasarán entonces estos asuntos a la Comisión de Fiebre Amarilla a la cual le pido que se reúna, si es posible, mañana mismo y empiece a trabajar en este asunto.

Antes de proseguir con los temas, quiero manifestar a la Conferencia que, de acuerdo con la proposición que hizo en la sesión de ayer el señor Delegado del Perú Dr. Paz Soldán, la Mesa ha creído conveniente constituir una Comisión de Redacción y coordinación de los votos y resoluciones, y ha designado para formar parte de ella a los Dres. Paz Soldán, del Perú; Núñez, de Costa Rica; Roças, del Brasil; Miranda, de México, y Lloyd, de Estados Unidos, bajo la presidencia del Presidente de la Conferencia.

Continuaremos en el punto en que habíamos quedado, es decir en la parte que se refiere a la demografía, bases uniformes para toda América. Si ningún señor Delegado desea hacer uso de la palabra al respecto, yo deseo decir muy brevemente algo para fundamentar lo que dije ayer.

Invito al señor Vicepresidente Dr. Sussini a ocupar la Presidencia.

DEMOGRAFIA

Dr. ARÁOZ ALFARO (Argentina). Ayer cuando empezamos a hablar sobre este tema, alguno de los señores Delegados, me parece que el Dr. Miranda, se quejó de que el enunciado fuera tan terminante. Yo debo disculparme diciendo que ese enunciado lo hemos heredado: nos ha venido así de otra conferencia anterior. Pero por otra parte entiendo que la redacción del enunciado no es óbice para que se pueda tratar cualquier otro punto relativo a la demografía sanitaria de América. Y por mi parte creo que hubiera sido deseable que los señores Delegados hubieran dado sobre cada uno de los países indicaciones someras sobre demografía sanitaria, que la mayor parte ignoramos de un país para otro. Algunas delegaciones lo han hecho en el informe general; otras lo han omitido creyéndolo de poco interés; pero en realidad a todos nos interesa conocer un poco las grandes cifras demográficas. Es por eso que voy a decir yo unas pocas palabras, muy sintéticas por cierto, sobre la República Argentina.

Nuestro país tiene actualmente un poco más de 12 millones de habitantes, 12,100,000. El aumento en el último año ha sido relativamente débil—solo de 1.48%—aumento debido casi exclusivamente al crecimiento vegetativo, que se ha calculado en 97.2 por ciento, contra sólo 2.4% de aumento inmigratorio, que, como ustedes saben, en éstos últimos años es casi nulo. La mortalidad general del país, tomada en los últimos tiempos solamente, porque no hay mucho interés en los datos anteriores, ha bajado bastante en los últimos años. Hacia 1919 ella era todavía de 17.5 por mil habitantes (período de 1910 a 1913). En el período 1920-1924 había bajado ya a 14.9, y después ha seguido descendiendo hasta el año 1932 en que es más o menos de 12. La cifra oficial es 11.8, pero faltaban al formularla, datos de alguna provincia o territorio. Naturalmente, esta mortalidad es muy distinta en las diversas regiones de la República. La mínima es por ejemplo de 9.6, 9.7 en algunas provincias, por ejemplo la de Corrientes, de 10 y fracción en esta Capital; pero también hay provincias, de las menores y más alejadas, que tienen cifras de 17, 18 y aún 20; de manera que la media general en la República es de 12 actualmente.

La *mortalidad infantil* es también muy desigual en la República, pero de un término medio en el país de 130 a 129 por mil que era hace algunos lustros, ella ha bajado en los años anteriores a 109

por mil y en el año 1932, hasta 97-98 por mil nacimientos. Naturalmente que éste es el término medio de cifras muy distintas, puesto que en esta Capital por ejemplo, donde las obras de asistencia y protección a la infancia se han desarrollado considerablemente como es sabido, en los últimos años, la mortalidad infantil ha decrecido de una manera realmente notable. A principios del siglo, hacia 1900, era todavía mas o menos 170 por mil en la Capital, mientras que en el último año registrado—1932, ha sido ya solamente de 63.80 por mil, es decir 6.3%. Es una cifra ya halagadora, como se ve, puesto que está aproximándose a la de New York y a las de Inglaterra, como se sabe considerablemente sobrepasadas en otros países como Nueva Zelandia y Holanda que han llegado a 3.5 por ciento, 35 por mil. Espero que en nuestro país seguiremos por ese camino que las cifras revelan. Desgraciadamente, frente a esta proporción tan favorable hay provincias que acusan el doble y aún el triple. Sin embargo, debo señalar que en las provincias que tenían mayor mortalidad infantil, donde se llegaba, según lo he mostrado en trabajos anteriores, a 180 y aún 200 y 230 por mil (Tucumán, Jujuy, Salta), la proporción ha bajado en los últimos años—1930-32—a 140, 160 y 170 por mil; de manera que en todo el país hay un descenso franco de la mortalidad infantil que se ha acentuado con las obras de asistencia a la infancia y con las medidas del Departamento Nacional de Higiene que ha fundado en las provincias pobres, durante mi Presidencia, aunque no en tan amplia medida, como hubiera deseado, centros de asistencia y protección a la maternidad y a la infancia, con lo que ha contribuido, en mucho a combatir la morbilidad y mortalidad de la infancia.

Estos son los sucintos datos demográficos que me ha parecido conveniente poner en conocimiento de ustedes, quedando a disposición de todos los señores Delegados que se interesaran por conocer más detalles sobre estas cosas.

Conviene, también, que hablemos de la natalidad. La natalidad general del país da un término medio de 27 por mil, habiendo distritos en que es relativamente baja, como la Capital Federal, donde no pasa del 20. En cambio, hay provincias—precisamente las que acusan mayor mortalidad infantil, como ocurre casi siempre—que llegan a un porcentaje de natalidad que oscila entre el 40 y el 43 por mil; tales, por ejemplo, Salta y Jujuy.

Suministrados estos datos previos, quiero ahora puntualizar lo que dije ayer sobre las dificultades de interpretación de la demografía sanitaria y especialmente en lo que se refiere a la República Argentina. Insistí ayer en que no vale nada, o vale de poco, que pretendamos exigir a las oficinas demográficas trabajos y prolijidad, mientras haya una cantidad relativamente grande de defunciones que figuran sin causa justificada. Quiero a este respecto dar algunas cifras para que vean los señores Delegados la impor-

tancia que este punto tiene en nuestro país, como en otros a que se han referido algunos señores delegados.

En el año 1930, hay distritos como la provincia de Buenos Aires, en que, sobre 32,146 defunciones, figuran con diagnóstico 31,185, es decir, casi la totalidad. Naturalmente, se trata de una provincia rica, donde hay médicos y asistencia en todas partes. La de Córdoba, por ejemplo, sobre 14,576 defunciones, tiene 12,211 con diagnóstico, es decir, cerca del 90 por ciento, más del 80 por lo menos. En cambio, otras provincias como Corrientes o La Rioja, apenas acusan un 50 por ciento de diagnósticos en las defunciones; y otras, desgraciadamente más pobres y alejadas todavía, como Catamarca, sólo tienen un 26 por ciento. Lógico es, entonces, afirmar que en esos distritos, no es posible tener datos demográficos suficientemente fidedignos con respecto a las causas de la mortalidad. Insisto, por eso, en la indicación que hice ayer: que sin perjuicio de recomendar la mayor prolijidad a las oficinas demográficas, así como la extensión de las mismas en todo el país, bien organizadas, necesitamos también recomendar a todos los gobiernos de América que organicen en todo su territorio, y especialmente en aquellas poblaciones rurales y pobres que no pueden costear un médico, el servicio de asistencia médica que corresponde. Por otro lado, en la asistencia médica dentro de esas condiciones, estaría también comprendido el servicio sanitario.

Dijo muy bien el Dr. Miranda que es justamente en esos pueblos pequeños, en esas poblaciones rurales, donde es preciso hacer la socialización de la medicina; porque no es posible tener varios médicos y es preciso que el mismo funcionario se multiplique y sea médico asistente, médico higienista y administrador. Pero también es necesario, naturalmente, que ese profesional esté asistido, por lo menos, por un auxiliar sanitario o por varios, por enfermeras, obstetras, y visitadoras, en número variable según la importancia del distrito de que se trate. Esa organización es en todas partes indispensable. Repito que en las poblaciones chicas o alejadas, cuyos recursos y posibilidades no les permiten costear un médico, es necesario que se les faciliten tales servicios, sea por el gobierno nacional, provincial o municipal, sea por un consorcio de particulares subvencionados por la autoridad. Debo decir que, al respecto, el Departamento Nacional de Higiene hace todo lo que puede; y en esas provincias pobres, donde casi siempre hay enfermedades endémicas, ha establecido servicios que no se limitan a ellas, como por ejemplo, al paludismo, sino que ha ido extendiéndose en forma de centros de protección infantil y maternal en varias provincias y territorios. El Dr. Sussini ha inaugurado uno hace poco, en la provincia de San Juan.

Pero, aparte de la organización de la asistencia y de la higiene o sanidad—punto que hemos de volver a tratar cuando considere-

mos nuevamente esta cuestión—claro es que conviene también hacer la reglamentación de cementerios, de que hablaba ayer el Dr. Lima. Y es necesario hacerlo, porque puede pasar lo que pude ver siendo Presidente, años atrás, del Departamento Nacional de Higiene: que en distritos en que había creado un servicio médico especial y hasta un dispensario de protección infantil y maternal, pudo comprobarse que, al fin del año, que un gran número de niños muertos figuraban sin diagnóstico, lo que significaba que no se había exigido en esos casos el certificado médico. Por otra parte, ello significa, también, que falta educación en el pueblo; elemento capital, tal vez el mayor que tenemos que lograr por todos los medios.

En cuanto a las cifras de morbilidad y sobre todo en lo que respecta a las enfermedades infecciosas—que es lo que más nos interesa—ya sabemos que nada podremos hacer mientras no exista la *declaración obligatoria de esas enfermedades*. Creo que es éste un aspecto que conviene lo tratemos involucrándolo en la demografía o, si no es posible aquí, en otra parte, para que sancionemos un voto pidiendo a los países que no la hayan establecido, esa declaración obligatoria. En nuestro país, aún está pendiente esa cuestión; es decir, existe la declaración obligatoria en ciertos distritos, como la Capital Federal, por ejemplo, pero no en todo el país; de manera que necesitamos se dicten disposiciones nacionales, provinciales o generales, que la impongan en todas partes.

He querido hacer estas breves consideraciones para manifestar algunas cifras demográficas, en primer lugar, y luego para puntualizar la razón de mi insistencia de ayer en el sentido de que recomendáramos la organización de esta asistencia en todo el país, en aquellos sitios en que pueda ser costada por sus habitantes.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Me parece muy interesante la exposición que acaba de hacer el Dr. Aráoz Alfaro sobre la demografía en la República Argentina y creo que sería muy importante que en las futuras Conferencias pudiera darse una idea del estado demográfico de cada uno de los países, por breve que fuera.

Hablando de otro asunto que no se ha tocado todavía, creo que, antes de considerar la importancia que tienen estos índices sanitarios, habría que pensar que esa importancia es relativa; porque todo depende del número de habitantes de cada país, que debe estar de acuerdo con un censo bien hecho. En la mayor parte de los países americanos, pasa demasiado tiempo entre un censo y otro, y entonces la población se calcula por la emigración, la inmigración, la mortalidad, y la natalidad; de lo cual resulta que esos cálculos son defectuosos, lo que se comprueba de un modo evidente cuando se realiza un nuevo censo. Y algunas veces, todavía, aún con un censo oficial, se producen errores en la apreciación de la

mortalidad y de la natalidad, que sorprenden realmente de acuerdo con la población que se calcula.

En Europa, en general, se establece que los censos deben realizarse cada diez años, y creo que en Estados Unidos los realizan más o menos en ese plazo. Alguien aconsejaba que se hicieran más a menudo. Naturalmente que, para hacer esos censos, se lucha con dificultades financieras y no es éste el momento, dada la época de crisis, para hacer sugerencias en este sentido. Pero como las conclusiones de estas conferencias sanitarias son siempre con miras al futuro y constituyen indicaciones a los gobiernos, me parecería muy procedente que en esta Conferencia se formulara un voto pidiendo a los Gobiernos la regularización de los censos, para que sirvan de base a la estadística sanitaria, porque si no, no es posible relacionar las cifras de ningún modo.

Hay otro punto sobre el que deseo hablar, que tiene la mayor importancia y no se ha tocado todavía: el referente a los nacimientos. La demografía de los nacimientos en mi país es errónea —y creo que en muchos países americanos pasará lo mismo—fruto de las distancias a que muchas veces están situados los juzgados de paz, y fruto también de la ignorancia. Sucede así que frecuentemente los nacimientos no se inscriben. Creo que para combatir esta falta de inscripción no hay factor más eficaz que una propaganda bien llevada, propaganda que debe generalizarse en todos los países. Recuerdo haber visto en Estados Unidos unos *affiches* recomendando la inscripción de los recién nacidos. Es una propaganda popular, haciéndoles ver a los habitantes que eso facilita el poder viajar, contraer estado, obtener empleos, etc., para incitar a la gente a que inscriba a sus hijos.

Otro tema también importante es el que podríamos llamar la lucha por el casamiento. Y conste que está hablando un soltero. Me refiero a lo siguiente: la cifra de los casamientos legales creo que es en toda América muy baja. Eso se ve por el número de hijos ilegítimos. Con esta particularidad: que no es esa gran cifra de hijos ilegítimos un producto de la falta de moralidad, como pudiera creerse a primera vista; no, en las poblaciones rurales, la gente se une, forma una familia, tienen 10 ó 12 hijos, y no están casados: todos los hijos son ilegítimos. Creen que la formalidad de la inscripción, por tener que trasladarse hasta el juzgado o por el dinero que les puede costar, ofrece obstáculos y prefieren seguir la ley natural. Es una cuestión de la mayor importancia, porque—como lo sabe muy bien el señor Presidente, Dr. Aráoz Alfaro—es muy grande la influencia que tiene la legitimación de los hijos en la mortalidad infantil.

Dr. ROJAS (Bolivia). El tema que se discute es, realmente, de una trascendencia grande. La circunstancia de ser un poco avanzada la hora, me obliga a ser breve, no obstante la trascendencia

que anoto del tema. Interesa, desde luego, saber si esta asamblea ha constituido ya una comisión especial para el estudio del tema que se está tratando. No existiendo todavía organizada una comisión *ad hoc*, sería el caso de constituirla. Y como se trata de un tema social fundamental, voy a hacer esta proposición de orden: que si no está organizada una comisión de demografía, se la organice ahora mismo, encomendando al señor Presidente escoger el personal adecuado para un trabajo rápido y eficiente.

Eso por una parte. Por otra, me parece que un trabajo demográfico, para tener eficacia, debe basarse en un censo científicamente realizado. Para que haya términos de comparación, ese censo debe realizarse con la mayor simultaneidad posible en todas las naciones americanas: no es posible comparar cifras obtenidas en un momento X con cifras obtenidas en un momento Z. Es necesario que haya suma simultaneidad en la operación científica para que las comparaciones sean aprovechadas. Sería, entonces, de desear un voto de la Novena Conferencia Sanitaria en el sentido de que recomienda a los países americanos realizar censos decenales, en fechas determinadas, con pequeña variación de meses según las modalidades de cada circunscripción nacional.

En seguida, ya sobre esta base científica establecida y periódicamente realizada, habría que adoptar una ficha internacional demográfica. Esa ficha debería contener los datos esenciales para una investigación adecuada, todas las características fundamentales que al hombre de ciencia o al administrador público van señalándole los rumbos que debe seguir en protección de la raza, de la nación, de la familia, etcétera. Una oficina de esta naturaleza, centralizada, por ejemplo, en Buenos Aires, recolectaría automáticamente de todos las naciones adherentes a la Oficina Sanitaria los datos necesarios y sobre eso daría las conclusiones que fueran aprovechables, como una conciencia colectiva de la importancia numérica del movimiento social en estos países.

En materia de aduanas, por ejemplo, se tiene una oficina internacional que centraliza los datos estadísticos de todo el mundo; centraliza, además, las nomenclaturas comerciales; centraliza todo el movimiento de la riqueza humana a través del intercambio comercial. Si esto en lo material se realiza, con fines de gran provecho, cómo es posible no realizar una labor igual tratándose del recuento del capital humano por excelencia, que es el hombre? Entonces, es necesario que la Conferencia Sanitaria Panamericana dé el modelo necesario para que esta investigación sea científicamente orientada y sea eficazmente realizada en la práctica. Es ésta la proposición que me permito agregar a las muy interesantes que acaban de hacerse.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Yo no acabo de entender este punto del programa, que dice: "Demografía—Bases uniformes para toda

América." En un principio pensé que se trataba de que había alguna disparidad en la forma de dar los datos en los diferentes países y que la tendencia era a unificar esas formas de registrarlos; porque departamentos de estadística los tienen ya todos los países, con la dificultad que ha expresado cada uno de los señores Delegados que han usado de la palabra. Es inevitable, y esa situación perdurará durante muchísimos años. En Buenos Aires y en otras ciudades con medios de control bien atendidos, la tarea es fácil; pero como en algunos lugares no podrá haber datos eficientes, esa dificultad subsistirá por mucho tiempo. Pensé, pues, que la idea era buscar una nomenclatura general o bases uniformes para todos los países. Ocurre, por ejemplo, con mucha frecuencia, que dentro de la mortalidad infantil se incluye la mortinatalidad, y en algunos países aparece una mortalidad infantil muy alta, porque en la cifra está incluida la mortinatalidad.

Pero veo, ahora, que la tendencia es otra: recomendar a todos los países que establezcan servicios de demografía, cuando prácticamente ya los tienen.

El Sr. PRESIDENTE. En realidad, el enunciado estaba bien y encierra el propósito principal; pero eso no excluye que nos ocupemos un poco de la demografía de nuestros países.

Dr. COUTTS (Chile). El Código Sanitario Panamericano contempla todos estos puntos relacionados con la nomenclatura y la demografía, en cuanto a prácticas uniformes para América, y con el Dr. Paz Soldán me permito presentar a la Conferencia el siguiente voto:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los gobiernos dar preferente atención a lo dispuesto en la Sección Tercera, Capítulo II del Código Sanitario Panamericano, como uno de los medios más eficaces para controlar la situación sanitaria de las poblaciones.

Dr. SCHIAFFINO. Le pediría al señor delegado que leyera el capítulo a que se refiere el voto que propone, porque es muy difícil que ninguno de los miembros de la asamblea sepa de memoria cuál es el capítulo segundo de la sección tercera.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). El capítulo segundo de la sección tercera declara que los países americanos se comprometen a aceptar como norma para la nomenclatura general de las causas de mortalidad y morbilidad la nomenclatura decenal, que se acordó en la Conferencia Internacional que sobre esta materia se reunió en la ciudad de París. Después de los trabajos de Bertillon y de los notables demógrafos e higienistas como Haven Emerson, de la Universidad de Columbia, que componen la comisión permanente, se han trazado normas definitivas en todos los casos. Los datos son uniformes, naturalmente con variaciones en cuanto a la fidelidad de los mismos en el momento de computarlos, pero la manera cómo se fabrica la demografía hoy está perfectamente controlada en esas

convenciones internacionales, de las que son signatarios todos los países civilizados.

El segundo capítulo se refiere a la necesidad de la especificación de las enfermedades de declaración obligatoria, y en tercer lugar, a la publicación y divulgación de los datos. Hay un artículo, además, que manda que se establezcan oficinas centrales de sanidad y oficinas regionales demográficas, de manera que cada país tenga el máximo de posibilidades de llevar a cabo la contabilidad de su población que, como acaba de decir el señor Delegado de Bolivia, es el libro de la higiene.

Ahora, en cuanto el censo, también se recomienda allí, y sobre este particular en los Estados Unidos existe la práctica del censo decenal, que no todos los otros países de América han cumplido. De manera que es bueno decirles a los Gobiernos que ese Código no se cumple, en esa parte, a pesar de que 20 de ellos lo han aprobado, y no se cumple porque no hay dinero para dedicarlo a la demografía, o el que se destina a ese fin es insuficiente.

Ya sabemos, salvo excepciones, cómo se hace la demografía en muchos de nuestros países. En un pequeño escritorio, un funcionario del gobierno, en forma anónima, desarrolla una tarea en ese sentido a base de pequeñas anotaciones en libros más pequeños todavía, que leen a uno cuando se les visita, con el entusiasmo y el amor de alguien que se dedica a una cosa que le resulta agradable. Yo podría hablar de lo que ocurre en el Perú a este respecto, y entiendo que eso se repite en todos los países, lo que no está de acuerdo en manera alguna, con su grado de progreso y cultura. Lo que hay que decirles, pues, es que esas normas existen, falta solamente cumplirlas. ¿Está satisfecho el señor Delegado?

Dr. SCHIAFFINO. No del todo, porque me parece mucho más amable que nosotros les señalemos a los Gobiernos los puntos que creemos necesario que se cumplan, sin decirles escuetamente: "Cumplan ustedes con el Código Sanitario."

Por otra parte, yo me adhiero a la fórmula que ha propuesto el señor Delegado por Bolivia de que este asunto pase a una comisión porque creo que bien vale la pena, dada la importancia del mismo. Esa comisión, que podrá elegir la Mesa, podría considerar los votos presentados, incluso los de Chile y Perú, a fin de hallar la forma más conveniente.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero explicar a los señores Delegados Núñez y Paz Soldán que convendría que todos nos comunicáramos los datos acerca de lo que ocurre en cada uno de nuestros países. Yo entiendo que la proposición hecha por el señor Delegado de Bolivia, así como las otras, podrían pasar efectivamente a estudio de una comisión, que podría ser la de Votos y Resoluciones, para no crear otra.

El señor Secretario Dr. Zwanck va a dar lectura de un ofrecimiento hecho a la Conferencia.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. El señor ingeniero Evaristo Artaza ha enviado a la Conferencia cuatro volúmenes de un trabajo realizado por él sobre saneamientos urbanos y rurales en la República Argentina, que ofrece a la Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. Este libro queda en Secretaría a disposición de los señores Delegados que deseen interesarse. Posteriormente, será enviado a la Oficina Sanitaria Panamericana.

Queda levantada la sesión.

Eran las 20 horas (8 P. M.).

CUARTA SESION PLENARIA

JUEVES 15 DE NOVIEMBRE DE 1934

15 y 30 horas (3:30 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Habiendo delegaciones en número suficiente, vamos a empezar nuestro trabajo.

El señor Presidente del Departamento Nacional de Higiene y Vicepresidente de la Conferencia, Dr. Sussini, ha ofrecido y se ha hecho distribuir entre los señores Delegados, el Anuario Demográfico de su Departamento, correspondiente al año 1930. Las cifras entre nosotros tardan un poco en poder compilarse, porque las de algunas provincias y territorios llegan con algún atraso, lo que explica el retardo del Anuario.

El señor Secretario va a dar lectura de una nota del señor Delegado de Venezuela, Dr. Diez del Ciervo.

HONORABLE COMISIÓN EJECUTIVA:

El Ministro de Salubridad de Venezuela, compenetrado de la importancia que encierra la uniformidad de una demografía sanitaria para toda América, comisionó a un técnico de su dependencia, para que formulara un proyecto a ese respecto, el cual tengo la honra de someter a la ilustrada consideración de ustedes.

Además, les presento otro estudio sobre ese mismo particular y el cual, como lo verán ustedes, es sumamente interesante. Y de acuerdo con las ideas manifestadas en la sesión de anoche por nuestro Honorable Presidente, Dr. Aráoz Alfaro, acompañó varios ejemplares del Anuario Estadístico de Venezuela correspondiente al año 1933, y en el cual se encuentran consignados datos muy importantes sobre nuestra estadística demógrafo-sanitaria.

El Sr. PRESIDENTE. Agradezco muy especialmente al Delegado de Venezuela, nuestro distinguido colega Dr. Diez del Ciervo y por su intermedio al Ministerio de Salubridad Pública de Venezuela.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Han llegado a la Mesa de la Conferencia tres trabajos realizados por los técnicos de las Obras Sanitarias de la Nación, Son los siguientes: De los Drs. Bado y Trelles sobre "Iodo en las aguas de la República Argentina;" del Dr. Raúl Ferramola sobre "El flúor en las aguas de la República Argentina" y del Dr. José J. Carbonell, titulado "Sobre la pretendida acción microbicida, en aguas contaminadas, de una solución de hipoclorito de sodio a través de paredes de cuarzo." Los ejemplares son únicos y están a disposición de los señores Delegados que tengan interés en leer dichos trabajos.

El Sr. PRESIDENTE. Los señores Delegados que quieran leerlos antes de nuestra visita a las Obras Sanitarias, podrán en esa oportunidad pedir a los técnicos de la repartición los esclarecimientos y ampliaciones que crean necesarios.

Continuamos con el tema 4° "Organización Sanitaria. Base per cápita para los presupuestos de sanidad."

ORGANIZACION SANITARIA Y PRESUPUESTOS DE SANIDAD

Dr. DIEZ DEL CIERVO (Venezuela). Si la Presidencia no tiene inconveniente yo voy a leer un informe sobre la organización sanitaria de mi país y la base "per cápita" en el mismo.

Desde el año de 1930 el servicio de sanidad en Venezuela está a cargo del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría, creado por Decreto Ejecutivo de fecha 11 de agosto de ese mismo año. De conformidad con la Ley de Sanidad de 2 de julio de 1931 están bajo la dependencia de ese Ministerio todas las Oficinas y Servicios Técnicos de Sanidad establecidos en el Distrito Federal, en los Estados, Territorios Federales, ciudades y puertos de la República, los sanatorios, estaciones de cuarentena y cualesquiera otros servicios relacionados con la Higiene Pública, creados o que fueron creados en lo sucesivo por el Ejecutivo Federal. Esta Ley dispone igualmente que el servicio sanitario de las Municipalidades quede sujeto a las leyes y reglamentos federales y bajo la inspección del Servicio Sanitario Federal.

El Decreto Reglamentario de esta Ley de Sanidad, dictado con fecha 31 de agosto de 1931, regula el debido funcionamiento de la nueva organización creada por la Ley y señala de manera precisa las atribuciones que corresponden a cada una de las Oficinas y Servicios de Sanidad, que son los siguientes:

La Dirección de Salubridad Pública, por órgano de la cual ejerce su acción el Ministerio sobre todas sus dependencias;

el Servicio de Ingeniería Sanitaria, que funciona con tres ingenieros y las cuadrillas de obreros que fueren necesarios en cada caso;

el Laboratorio de Bacteriología y Parasitología, con un médico jefe, otro adjunto bacteriólogo, tres ayudantes y seis auxiliares.

Este Laboratorio comprende las siguientes seccionales: la de preparación de vacuna antivariólica, la de elaboración de vacuna antitífica; la de serología, la de coprología, la de entomología y la de investigaciones;

el Laboratorio de Química, con un químico jefe, dos químicos adjuntos, un ayudante y tres auxiliares;

el Laboratorio de Análisis de Aguas y de Investigaciones Sanitarias, con un Técnico jefe, un jefe de Servicio y siete ayudantes;

dos Servicios de Puericultura, con tres médicos, cuatro enfermeras y un auxiliar;

el Laboratorio de Fisioterapia y Radiumterapia, con un Médico Jefe, un Médico adjunto, un ayudante y tres enfermeras;

el Dispensario Antivenéreo, con un médico jefe y cuatro enfermeras;

el Dispensario Antituberculoso, con un médico jefe, un radiólogo y tres enfermeras;

el Laboratorio BCG con un médico jefe, un médico adjunto, un técnico, tres enfermeras y dos auxiliares;

el Servicio de Inspección de Casas, con un jefe de Servicio, un adjunto, un oficial, un mecanógrafo, ocho inspectores y tres notificadores; y el Hospital de Aislamiento.

Los fondos destinados para el sostenimiento de todos esos servicios y oficinas, con los gastos a ellos inherentes, tales como adquisición de medicinas para distribución gratuita, preparación y compra de larvicidas, publicación de carteles, folletos y hojas de

divulgación sanitaria, etc., alcanzan para el año de 1934 a 1935 a Bs. 4,706,485. En esta suma no están incluidas las que corresponden al ramo de Hospitales y Beneficencia, y las cuales montan a Bs. 2,388,614, distribuídos así:

por el Ministerio de Relaciones Interiores.....	Bs	312,998.00
por la Gobernación del Distrito Federal.....	Bs	797,320.00
por los Estados.....	Bs	1,198,296.00

Debo mencionar también que el Gobierno de Venezuela, por órgano del Ministerio de Obras Públicas, eroga anualmente una fuerte suma para las obras sanitarias cuya construcción solicita el Ministerio de Salubridad. Esta suma alcanzó en el año anterior a Bs. 3,148,509.55 que se emplearon en la forma siguiente:

construcción de cloacas.....	Bs	592,049.91
edificios de aislamiento.....	Bs	63,919.27
acueductos	Bs	823,199.45
hospitales	Bs	1,669,340.92

Como estas tres partidas de salubridad, de beneficencia y de obras sanitarias tienden todas al mismo fin primordial de la salud pública, podemos afirmar que en Venezuela, tomando como base la población calculada para el año de 1933, montante a 3,135,990 habitantes, el presupuesto de sanidad es de Bs. 3.26 per cápita.

El Sr. PRESIDENTE. Algún otro señor Delegado desea hacer uso de la palabra?

Dr. LIMA (Brasil). Pocas son las palabras que deseo decir sobre este asunto, pero creo interesante referirme brevemente a ciertas modificaciones que, con respecto a la parte administrativa de los servicios sanitarios, se han introducido en el Brasil.

En primer lugar, debo manifestar que en mi país el servicio relacionado con la salud pública estaba a cargo del Ministerio de Justicia, hasta que se creó el Ministerio de Educación y Salud Pública, al cual fueron subordinados. Con fecha 8 de julio, fueron reformados todos estos servicios en el Brasil, en la forma de que da cuenta el informe que he pasado a la Mesa de la Conferencia y que podrá ser consultado por todos los señores Delegados que deseen hacerlo; informe que destaca todas las alteraciones sufridas en esta clase de servicios. Voy a leer, no obstante, en forma ligera, algunos de los párrafos de ese informe, que luego dejaré en la Secretaría. (*Véase el Apéndice.*)

El Sr. PRESIDENTE. Me permito sugerir a la Conferencia la posibilidad de tratar, conjuntamente con el tema que estamos considerando, los tres subsiguientes, por estar íntimamente vinculados entre sí. Desde luego, la coordinación de los servicios sanitarios federales, provinciales y municipales, está profundamente ligada con la organización sanitaria, como acaba de verse ya por la exposición del señor Delegado del Brasil, Dr. Lima, y por la del señor Delegado de Venezuela. Igualmente, yo entiendo que la asistencia hospitalaria tiene también relación con aquel tema.

Dr. RAMOS (Cuba). Y lo mismo pasa con el tema No. 6.

El Sr. PRESIDENTE. Entonces, si hay asentimiento, podemos resolver considerar conjuntamente los temas 4, 5, 6 y 7. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Ruego al señor Delegado de Venezuela, Dr. Díez del Ciervo, quiera ocupar la Presidencia de honor, que le corresponde hoy.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ (México). En el caso de que la Conferencia hubiera aprobado que se tratasen conjuntamente los puntos señalados por el señor Presidente, pediría la palabra para abordar el punto relativo a la coordinación de servicios y presentar un trabajo sobre el mismo.

El Sr. PRESIDENTE. Entiendo que ha habido asentimiento en ese sentido.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ. Sobre coordinación de servicios sanitarios, México tiene una larga experiencia. Desde que se celebró la Quinta Conferencia de las Repúblicas Americanas, se incluyó, con respecto a qué clase de autoridades debían resolver los problemas sanitarios, una conclusión que establecía, no sólo la necesidad de que hubiera una autoridad responsable, sino también de que, en el caso de que hubiera varias que se responsabilizaran de las resoluciones relacionadas con los problemas sanitarios, éstos se solucionarían por cooperación entre esas mismas autoridades.

México, como lo ha informado en diversas Conferencias Sanitarias Panamericanas, desde el año 1917 organizó definitivamente sus servicios sanitarios en esta forma: La Constitución de la República atribuyó el aspecto de sanidad general a un organismo central constituido por el Departamento de Salubridad, con categoría de Ministerio de Estado, y por el Consejo de Salubridad General. Estas dos dependencias tienen poderes omnímodos, tan grandes que hasta, en casos de urgencia, el Departamento de Salubridad puede dictar disposiciones de general observancia sin sanción previa del Presidente y el Consejo de Salubridad puede también dictar disposiciones de general observancia sin sanción previa del Congreso, a reserva, naturalmente, de que el Presidente y el Congreso, en el respectivo caso, confirmen esas medidas.

La dificultad que trajo la implantación de la sanidad general en México fué que se crearon simultáneamente autoridades estatales y municipales, lo que originó que hubiera interferencias constantes, duplicación de servicios y el consiguiente perjuicio para los particulares.

Para demostrar debidamente a todas las Delegaciones reunidas en esta Conferencia la experiencia recogida en México, el Gobierno de mi país ha remitido cuatro trabajos que, por desgracia, no nos han sido entregados todavía, con objeto de hacer llegar un ejemplar de cada uno de ellos a cada una de las delegaciones. Suplico

a la presidencia tenga a bien acordar se verifique esa entrega por conducto de la secretaría respectiva. El objeto de los trabajos es el siguiente. México ha pasado por una serie de fracasos y de críticas en materia de política sanitaria, ésa es la realidad. El primer trabajo, ajeno al Departamento de Salubridad, es un trabajo de crítica al Departamento de Salubridad por la forma cómo realizó en su primera época su gestión. El segundo, que es ya un trabajo de carácter oficial, que corresponde al Dr. Miguel Bustamante, expone el punto de vista del Departamento en la segunda época, cuando comenzaba a orientarse por el camino debido. El tercer trabajo es del Lcdo. Ceniceros, Sub-Procurador General de la República, y es también un trabajo de crítica de la segunda época, o sea cuando los servicios ya mejoraron notoriamente. Tiene la ventaja de que ve la cuestión sanitaria sin el prejuicio de los que están dentro de la oficina, sino, por el contrario, la ve con la independencia de criterio de un individuo que conoce la organización de la administración general en cualquier esfera de acción del gobierno, sin preocuparse de ver las cosas—como decimos en México—“de mostrador adentro.” El último es un trabajo dedicado especialmente a exponer lo que se ha hecho en materia de coordinación y los resultados obtenidos.

El objeto, al presentar estos trabajos encadenados, no es, por cierto, exhibir los esfuerzos realizados por México en esta materia, sino hacer una demostración ante las delegaciones de todos los países de América, de lo que se puede lograr en materia de cooperación, de lo que ha logrado México, de cómo fracasó México en algunos de sus ensayos, con el objeto de que, de ser posible, en los demás países de América se eviten esos fracasos.

Entre los sistemas de coordinación, sobre los cuales quiero insistir, figura en primer lugar el que ha resuelto el problema de la higiene en la República. Ya el Dr. Miranda aludió al paralelismo que debe existir forzosamente entre la asistencia social y las materias propiamente de higiene, para la resolución de los problemas sanitarios. Nosotros hemos constituido unidades médico-sanitarias cooperativas, cuyo origen se debe a que el gobierno de mi país dedicó una gran extensión de tierras a la colonización, facilitando el desarrollo de la pequeña propiedad mediante el magnífico sistema de irrigación que tenemos, constituyendo campos regados conocidos con el nombre de “sistemas de riego.” En esos “sistemas de riego,” las propiedades las adquieren los colonos mediante compra a largos plazos y reciben ayuda del gobierno para todas las necesidades de la agricultura. Esas colonias, inmediatamente después de creadas, determinan un nuevo centro urbano. La primera preocupación del Gobierno mexicano fué que comenzaran a nacer nuevos centros urbanos en esas colonias con servicios sanitarios completos: es decir que se comenzaran a construir en la América española ciu-

dades con el tipo de las que se han construido en algunos lugares de los Estados Unidos, o sea que, antes de que tengan habitantes, tengan servicios completos de agua potable, de eliminación de desechos, cuando menos, y si es posible hasta pavimentación.

El resultado que produjeron estas organizaciones es el de la existencia de un cooperatismo de buena cepa—sin “liberismo,” punto sobre el que quiero insistir—entre todos los colonizadores. Esto motivó un fenómeno curioso en materia de asistencia social. Los colonos de los “sistemas de riego” necesitaban médicos; y, como todo lo manejaban por cooperativas, pensaron en constituir una cooperativa por lo que hace a medicinas y una cooperativa por lo que respecta al pago de servicios médicos, pero se encontraron con este fenómeno: La plétora de profesionistas produce un movimiento de desplazamiento de médicos de los pueblos de poca importancia a los de mayor importancia y de los de mayor importancia hacia la Capital. En la Capital se hace una selección automática, quedando arraigados en ella solamente aquéllos que pueden afrontar con éxito aquella eliminación, que necesariamente se verifica entre ellos. Consiguientemente, se produce un segundo movimiento de descentralización de médicos que, desalojados de las ciudades de importancia, vuelven a recurrir al campo. Nosotros hemos observado así que médicos que no podían sostenerse en ciudades de importancia, iban a las pequeñas ciudades de nuestros “sistemas de riego,” ofreciendo servicios en cooperativa; pero lo único que hacían era explotar a la gente. Los pobladores de las colonias recurrieron al gobierno para que resolviera este problema, y no hubo otra manera de solucionarlo que la de reunir los servicios de asistencia social con los servicios sanitarios, obteniéndose los mejores resultados.

En el sistema de riego No. 4, con una superficie de 40,000 hectáreas, existe un sanatorio central, que es al mismo tiempo oficina central de servicios sanitarios, y dos dispensarios ubicados en el campo, de tipo nuevo enteramente, que sirven tanto para la asistencia social de urgencia como para los servicios higiénicos. Este sistema, que podemos llamar de comunidades ricas, lo empezamos a generalizar para comunidades pobres, con el mismo buen resultado. Es claro que en una comunidad agrícola pobre, pequeña, con pocos recursos, no pensamos en establecer un sanatorio central; pero sí pudimos establecer un sistema sanitario de asistencia social, con médicos y enfermeros, que al mismo tiempo que se dedican a la cuestión de higiene, pueden atender las necesidades de asistencia social de la circunscripción que se les designa.

En consecuencia, la finalidad del trabajo que la Delegación mexicana tiene el honor de presentar en este momento a la Conferencia, es la siguiente: en primer término, hacer participar a todas las Repúblicas americanas de la experiencia mexicana, para que en lo posible adapten a sus necesidades las ideas que se han desarrollado

en México. Nosotros mismos, después de nuestro fracaso, hemos llegado a la conclusión de que es imposible en materia de cooperación de servicios sanitarios, adoptar un sistema único, hay necesidad de adoptar sistemas especiales según las diversas regiones y necesidades del lugar, la necesidad de la población y la cantidad de recursos de que se puede disponer en cada caso.

Sirvan los trabajos a que he aludido como un incentivo para que se estudien en cada país los sistemas de coordinación y se adopten los más indicados al medio.

Hay otro problema conexo con el de la coordinación, que es muy interesante, y es el que se refiere a la cooperación de particulares en materia de actividades de higiene. Un ejemplo de lo que pueden hacer los particulares en esta materia, nos lo da la intervención de la Fundación Rockefeller, que no asume en nuestra República un papel diferente al de un simple particular que coopera con la autoridad sanitaria o de asistencia social, o con la autoridad de educación, en sus funciones. De manera que es tiempo ya de que estudiemos en nuestros países la posibilidad de la cooperación, no ya sólo de autoridades entre sí, sino de particulares con las autoridades.

Queda, por último, otro problema que es fundamental: La dedicación de particulares a actividades de higiene que no necesitan para su ejercicio de los títulos habilitantes. Puedo decir que en los Estados Unidos y México, al menos, hay un movimiento claro en ese sentido. Paralelamente al desarrollo de las instituciones privadas de asistencia social, llamémoslas instituciones de beneficencia, existen organismos que tienen como finalidad actividades y propaganda de higiene. Esas sociedades particulares deben estar sujetas a una modalidad especial. Señalamos el enorme alcance que pueden tener estas instituciones, con el objeto de que cada país aproveche la idea, que ya ha tenido un gran desarrollo en los Estados Unidos y México, a fin de que las adapten a sus necesidades.

Por último, el trabajo que presenta la Delegación mexicana hace abstracción completa de la experiencia de ese país y se consagra simplemente a estudiar las generalidades del problema de coordinación; las generalidades del problema de cooperación de las autoridades con los particulares, y las generalidades de las organizaciones que deben recibir las instituciones particulares de higiene. Y concluye por proponer a la Conferencia una serie de recomendaciones a los gobiernos para que se interesen por estos problemas que he enunciado y les den solución favorable.

Antes de leer el trabajo, quiero señalar esto, que es fundamental. Nosotros afectamos la forma de una República Federal, de manera que nuestras resoluciones serán preferentemente aprovechadas por las Repúblicas que tengan una forma de gobierno similar a la nuestra. Pero no por eso son desechables en las Repúblicas que afectan una forma central o tienen centralizada de manera absoluta su

organización de salubridad. Conozco, por ejemplo, dos casos de cooperación sanitaria en Repúblicas con gobierno central y con organización sanitaria centralizada. Uno de ellos es el Perú. En ese país, a pesar de que la administración sanitaria es absolutamente central, se ha tenido que recurrir a la cooperación de los municipios, por ejemplo, para el desarrollo de la campaña contra la peste bubónica que, entre paréntesis, en su parte administrativa, que es sobre la que yo puedo opinar, es una organización admirable.

El Dr. Núñez nos habló del establecimiento en Costa Rica de dos unidades sanitarias cooperativas, lo que demuestra que en ese estado centralista y de organización centralizada, también se recurre al sistema de los servicios coordinados, que no otra cosa son las circunscripciones sanitarias cooperativas.

El trabajo dice así:

Muéveme a sintetizar el esfuerzo mexicano de casi un siglo hacia la consecución de la higiene social, presentar ante las Hermanas de América el resultado de la evolución legislativa mexicana durante ese período fecundo en experiencias interiores, con la esperanza, sino de enseñar algo a los países mejor dotados y ni siquiera de marcar senderos a los demás, sí cuando menos de poner de relieve el esfuerzo generoso y callado de mi Patria en este aspecto, uno de tantos de su poliforme inquietud.

México que no ha coronado con éxito alguno de sus impulsos por haber imitado instituciones que hicieron felices a otros pueblos, en su organización sanitaria toma de fuera lo adaptable a su medio, lo impulsa tratando de imprimirle modalidades propias y deriva instituciones y leyes que resultan nacionales y además genuinamente americanas. Comienza por esclarecer limitaciones jurídicas e incongruencias naturales en toda institución nueva; más tarde define modalidades susceptibles de ser adoptadas en definitiva, y finalmente formula una ley, la de Coordinación de Servicios Sanitarios, que constituye un producto natural dentro de la evolución del nuevo Derecho Mexicano, y un progreso en la administración sanitaria del país.

Basta ello para justificar las pretensiones de México, en el sentido de que figure como una parte del Programa de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana el tema de la Coordinación de Servicios Sanitarios que es el estado actual de evolución de mi Patria al respecto.

El problema de la administración sanitaria de todos los países del mundo, se ve influenciado por dos elementos fundamentales, derivados de dos necesidades esenciales: la del establecimiento de una autoridad central fuerte, dotada de facultades ilimitadas en su materia, que regule las necesidades generales de todo el país, y la de dictar disposiciones especiales para cada región sin contrariar las medidas de general observancia que dicte la autoridad central y que resuelvan los problemas de una circunscripción determinada.

Los países de organización federal que cuentan con tres autoridades dotadas de posibilidades de actuar en todos los ramos del Gobierno, federal, la de los Estados y la de las ciudades, presentan un problema aún más complicado, ya que hay que resolver asuntos de higiene general, de higiene del Estado y de higiene de la ciudad.

De lo anterior resultan en la administración sanitaria dos tendencias contradictorias: la centralizadora y la descentralizadora.

La centralizadora se justifica por la obligación de parte del gobierno central y su facultad conexas, de resolver de modo uniforme y eficaz todos los problemas de higiene que se presenten dentro del territorio nacional. La descentralizadora se basa en la necesidad de dictar y ejecutar medidas sanitarias adecuadas a las necesidades de cada región y regidas por la geografía médica de la misma. A su vez se justifica por las diferencias territoriales de las diversas zonas que integran todos los países del mundo, que determinan, dentro de la observancia de los principios generales de higiene aceptados como buenos en un momento histórico determinado, la adaptación de los detalles de estos principios a las necesidades regionales.

Inclinarse de un modo absoluto por una de las dos soluciones planteadas,

sería ir al fracaso en materia de administración sanitaria. En efecto, la centralización produce la aglomeración de elementos técnicos y administrativos, primero en la capital, después en las ciudades de primera importancia y, por lo general, hace abandonar los pequeños poblados y, salvo casos de emergencia, el campo. Las medidas que dicta son de tal manera generales, que si bien se justifican por el promedio de las necesidades de todo el país, carecen de la flexibilidad necesaria para resultar adecuadas a una región pequeña. Asimismo, las normas generales que rigen el Derecho Administrativo actual, conducen a la descentralización de los servicios con la finalidad de que prevean necesidades particulares, y esta regla general es perfectamente aplicable al desenvolvimiento de la higiene pública.

Por otra parte, la cooperación de los organismos particulares es cada vez creciente en todos los aspectos de la administración pública y muy particularmente en actividades de higiene. Ahora bien, la centralización absoluta desecha la colaboración particular.

La descentralización reúne todas las ventajas contrarias a los defectos de la centralización excesiva; pero presenta el inconveniente de que si bien resuelve los problemas parciales, los deja desconexos y carentes de orientación general y de la posibilidad de hacer efectivas medidas generales sobre higiene.

De lo anterior se ha deducido como regla general para la administración sanitaria, la necesidad de establecer una oficina central de orientación general y una serie de servicios regionales supeditados a las medidas que dicte la primera, con lo cual, el problema queda teóricamente resuelto y la aplicación práctica del mismo parece, si se le estudia en gabinete, como muy fácil. La práctica se ha encargado de demostrar sus defectos, entre los cuales deben señalarse como principales, la duplicación de servicios y las constantes interferencias.

La duplicación se deriva de la circunstancia de que todos los problemas de higiene tienen un aspecto general y otro regional, lo que origina que se dicten paralelamente dos clases de medidas correlativas: la general y la local con sus correspondientes servicios que se ven necesariamente duplicados.

En este estado las cosas, nos encontramos con que existen simultáneamente dos agentes sanitarios con diferente jurisdicción y con igual potestad que pueden ejercer con relación a un mismo problema.

Nadie más celoso que un funcionario público de cualquiera categoría que tiene frente a sí a otro de distinta jurisdicción pero con capacidad bastante para dictar medidas sobre las mismas materias que el primero. Al surgir un problema, ambos tratarán de tomar la resolución del mismo para sí sin atender a su competencia jurisdiccional y por un celo perfectamente explicable.

De todo esto se derivan invasiones necesarias de jurisdicción. En las más de las veces el que triunfa no es el más apto sino el más fuerte.

Por último, la duplicación de servicios y las invasiones de jurisdicción, con las consiguientes discusiones entre las autoridades interesadas, son los mejores elementos para ahuyentar la cooperación particular, de suyo tímida y que no resiste para convertirse en franca ayuda de los gobernados hacia el gobierno, ningún aspecto por el que pudieran considerarse como dudosas las facultades y las actividades de la administración pública.

Es, entonces, urgente resolver de un modo firme el problema de administración sanitaria que se plantea, procurando que reúna los requisitos de centralización de los problemas generales y de descentralización de los particulares y cohonesté de tal modo unos y otros en beneficio del país en que deben actuar.

La VI Conferencia Sanitaria Panamericana se preocupó por el problema y trató de resolverlo mediante las Unidades Sanitarias Municipales. En el curso del presente estudio, al aludir a la experiencia mexicana, me ocuparé de las características y del resultado práctico de las mismas en México.

LA EXPERIENCIA MEXICANA

I. *Códigos Sanitarios de 1891, de 1894 y de 1902. Reforma constitucional de 1908. Administración Sanitaria hasta 1917.*—Desde 1841, se creó un Consejo Superior de Salubridad para atender a las necesidades del Distrito Federal. Algunos Estados de la República, en número insignificante, con relación al total de ellos, crearon con posterioridad Consejos de Salubridad Locales.

El 5 de febrero de 1857 se expidió la Constitución General de la República que rigió hasta el 5 de febrero de 1917, organizando el país como República Federal dentro de la que existieron tres autoridades gubernamentales: la federal, la de los Estados y la de las ciudades.

La Constitución de 57, informada en un espíritu absolutamente liberal, tuvo que contener un capítulo especial destinado a los derechos del hombre, que garantizaron a éste la libertad más absoluta en el tránsito territorial e internacional y su autodeterminación sin cortapisas para la atención o desatención de sus propias necesidades y para observar o no, requisitos generales o particulares de higiene.

El Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal elaboró durante ocho años un Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos conteniendo dos géneros de materias distintas: la federal y la local del Distrito Federal. Las materias federales se redujeron a sanidad marítima, sanidad en poblaciones fronterizas y sanidad en los Estados. Los preceptos de sanidad federal en los Estados, se concretaron a imponer la obligación a los médicos de dar aviso de la aparición del cólera asiático, la fiebre amarilla y de otra enfermedad calificada de alarmante por el Ejecutivo, sometiendo a los atacados a aislamiento individual o colectivo en lugares apropiados, previo acuerdo de la autoridad de la localidad y a impedir que el contagio cundiera a otros Estados. Para el Distrito Federal se dictaron reglas sobre higiene de las habitaciones y centros de reunión, alimentos y bebidas, fábricas, medicinas, ejercicio de la medicina, inhumaciones, exhumaciones y traslación de cadáveres, alejamiento de desechos y enfermedades transmisibles.

Los Códigos Sanitarios de 1894 y 1902, siguieron un plan semejante, salvo agregar, en las medidas de profilaxis contra las enfermedades transmisibles, la facultad de establecer cordones sanitarios e intervenir en los casos de peligro de invasión de una enfermedad transmisible de un Estado a otro.

Los Estados de la Federación, en contados casos, imitaron la reglamentación del Distrito Federal, la cual carecía de apoyo constitucional, pues la Constitución de 1857 nada previó sobre este aspecto.

Para llenar la laguna anterior, presentó el Ejecutivo al Congreso un proyecto para reformar los artículos 11 y 72, fracción XXI de la Constitución de 1857, en el sentido, en cuanto al primero, de seguir reconociendo el derecho de todo hombre para entrar a la República y salir de ella para transitar por su territorio "pero con las limitaciones y requisitos que fijaran las leyes de Inmigración y Salubridad Pública."

El Congreso fué más allá de lo que la Presidencia de la República solicitaba, y substituyó la frase que se cita, por la de "salubridad general de la República," para permitir al Ejecutivo Federal impedir que, so pretexto de leyes de salubridad local, un Estado imponga restricciones graves u onerosas al comercio o al tránsito de las personas, autorizando la expedición de leyes que fijen las atribuciones de la Federación en caso de Salubridad Pública, y dejando a los Estados la facultad interente a su soberanía interior, para legislar en todo lo que atañe a la salubridad local, es decir, a la que no afecte directamente a la salubridad nacional.

El dictamen de los antecedentes que se acaban de invocar, supone una salubridad general de la República, encomendada al Gobierno Federal, y por otra parte, una salubridad local dejada al cuidado de los Gobiernos de los Estados, entendiéndose por la primera, la posibilidad de impedir la entrada a la República, de individuos enfermos y la de impedir el tránsito dentro del territorio nacional, de individuos también enfermos que, al pasar de un Estado a otro, creasen problemas de salubridad.

La situación antes expuesta determinó la formulación de un conjunto de disposiciones inconexas, donde las hubo, contradictorias entre sí, con finalidades divergentes, y junto a ellas, zonas enteras del país que carecieron por muchos años de toda atención sanitaria abandonadas a lo que los particulares pudieran hacer por sí mismos en su propia defensa.

El Consejo Superior de Salubridad, dependiente de la Secretaría de Gobernación, quedó reducido al mínimo en sus actividades extrañas al Distrito Federal y sólo sirvió para dar idea de lo que en tal sentido podría hacerse en todo el país.

Así se produjo una desproporción enorme en la administración sanitaria del país que resultó atendido sólo en una pequeñísima zona y más propiamente en una sola de sus ciudades.

II. *El Congreso Constituyente y la Constitución de 1917.*—La Constitución de 1917 contiene dos innovaciones inusitadas en el mundo para la época en que se formularon: se establece una autoridad sanitaria central, Departamento de Salubridad Pública, independiente de las demás oficinas públicas y con facultades de subordinar a su arbitrio, si es necesario, a todas éstas; se crea

un órgano legislativo, Consejo de Salubridad General, capaz de dictar disposiciones generales de observancia obligatoria en todo el país.

De los estudios practicados por el Constituyente sobre el particular, se desprende claramente que lo que le interesó en primer término, fué prever la posibilidad de que la acción sanitaria federal se ejercitara aún en problemas de índole cuando la entidad afectada careciera de elementos para enfrentarse con ellos.

Asimismo se aclaró que las autoridades sanitarias de los Estados, serían libres en sus regímenes interiores y sujetas al Código Sanitario Federal, pero que no deberían depender del Departamento de Salubridad Pública, sino en lo que tocase a la Salubridad General de la República.

Se aludió, por último, como materias de salubridad general, a las reglas generales por observar sobre profilaxis de enfermedades transmisibles, ingeniería sanitaria, comestibles y bebidas, productor medicinales y ejercicio de las ciencias médicas, federalizándose de un modo absoluto, las materias referentes a estupefacientes y a las medidas contra el alcoholismo.

Las bases de la administración sanitaria formuladas por la Constitución de 1917, reúnen los requisitos generales que se señalaron al principio del presente estudio. En efecto, reconocen la necesidad de la existencia de un poder central coordinador que regule las necesidades generales del país y abandone a las autoridades locales la resolución de sus problemas propios, en tanto no afecten a los demás.

Es decir, se coloca la Constitución política mexicana en un plan intermedio de los dos caminos mencionados, cuando se trata de regular la administración sanitaria de un país.

III. V Conferencia Internacional Americana.—La V Conferencia Internacional Americana, reunida el año de 1923, en su sesión de 16 de abril aprobó algunas recomendaciones sobre principios y procedimientos de administración en materia de salubridad general, con el siguiente texto: "La salubridad pública, es en primer término, objeto de responsabilidad del Gobierno Local de los Estados y del Federal y de todos ellos en cooperación. Debe estimularse a los organismos voluntarios de salubridad, no para ocupar el lugar del Gobierno, sino para que suplementen y den vigor a los trabajos de éste, iniciando demostraciones y formando la opinión pública para el apoyo de las medidas oficiales y la aprobación de los gastos adecuados."

La V Conferencia reconoció entonces la necesidad primordial de que los servicios sanitarios estuvieran encomendados al Gobierno, para así definir la actitud coordinadora que debería corresponder a la Oficina Central de cada nación.

Conferencias posteriores recomiendan a los Gobiernos de las Repúblicas Americanas el establecimiento de oficinas centrales de salubridad independientes de las demás oficinas centrales, y al presente puede decirse que ningún país de América carece de ellas con mayor o menor cúmulo de atribuciones generales y con leyes orgánicas propias. Esto es un fruto de los mejores, alcanzado por las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Por otra parte, está en pie la recomendación de 1923, que encomienda la responsabilidad de la salubridad pública al Gobierno Local de los Estados y al Federal, o a todos ellos en cooperación, lo que significa que ya desde el año que se cita, se pensó en resolver el problema de la administración sanitaria mediante atribuciones diferenciadas concedidas a las oficinas centrales con relación a las locales, así como en la cooperación de unas y otras pero sin definir cómo esa cooperación debería llevarse a cabo.

IV. Código Sanitario de 1926.—El Código Sanitario de 1926 dividió los problemas de higiene pública en generales y locales.

Comprendió entre los primeros a los servicios de sanidad marítima y aérea y de sanidad en materia de migración. Señaló igualmente que todo lo relativo a productos medicinales, drogas enervantes, medidas contra el alcoholismo e higiene infantil es federal e hizo de facultades concurrentes entre los Estados y la Federación la profilaxis de enfermedades transmisibles, el ejercicio de la prostitución, el ejercicio de la medicina y la higiene industrial, abandonando completamente a los Estados la ingeniería sanitaria, la higiene de los comestibles y bebidas, salvo lo referente a aguas potables, importación de comestibles y a suministro en ferrocarriles y vehículos de vías generales de comunicación.

Significa un gran adelanto para México, ya que por primera vez se establece la subordinación de lo local a lo general. La mayoría de sus reglas que han resistido la práctica de 8 años, contienen casi cuanto puede necesitarse para

encauzar una buena administración sanitaria, olvidando sin embargo, por falta de experiencia en el tiempo en que se promulgó, lo relativo a la forma de cooperación entre las autoridades entre sí y entre los particulares y las autoridades.

Lo anterior originó en México un caos de legislaciones y administraciones sanitarias. Cada Estado quiso para sí facultades completas sobre administración sanitaria y aún los mas prudentes que se conformaron con las que la Federación les abandonó en su legislación general y que ejercían facultades concurrentes con aquella, originaron fricciones y conflictos de jurisdicción.

Los ayuntamientos hicieron otro tanto con relación a los Gobiernos de los Estados, ya que los Códigos Sanitarios de estos últimos, hubieron de conferirles facultades para intervenir en asuntos sanitarios municipales.

La desigualdad de la administración sanitaria del país se hizo patente.

Por una parte la Federación organizó sus delegaciones sanitarias en los Estados, facultadas para intervenir solamente en asuntos de salubridad general. Por la otra, paralelamente a lo anterior, algunos Estados y Ayuntamientos con la tendencia de obtener ingresos por concepto de derechos sanitarios, establecieron administraciones de sanidad; en otros, actuaron solamente los Gobiernos de los Estados, sin inter venir los Municipios; en otros, todavía se atribuyeron a las organizaciones sanitarias, funciones de beneficencia pública, y en otros, por último, las autoridades intervinieron con perjuicio de la educación sanitaria de las masas, causando molestias innecesarias a los particulares al intervenir en los tres problemas, desde cada uno de los aspectos jurisdiccionales que corresponden a cada autoridad.

En la Sexta Conferencia Internacional Americana, reunida en la Habana, Cuba, el Gobierno de México manifestó haber cumplido con la recomendación de la V Conferencia Internacional Americana, lo cual era estrictamente cierto, ya que desde el año 1917, como se ha dicho, se había encomendado la salubridad general a la Federación y la local a los Gobiernos de los Estados, aun cuando no se había dado paso alguno para normar la cooperación que apuntaba la conclusión de la V Conferencia a que se ha aludido.

V. Las Unidades Sanitarias Municipales.—El 11 de febrero de 1927, el Jefe del Departamento de Salubridad giró, por acuerdo del Presidente de la República, una circular a los Gobiernos de los Estados, indicándoles la necesidad de que secundaran el enérgico esfuerzo que el Gobierno Federal iba a iniciar para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la República. Les sugirió la necesidad de formar en cada Municipio, una Unidad Sanitaria Municipal sostenida con cargo al presupuesto del Ayuntamiento, en la que cooperaría el Gobierno Federal con elementos sanitarios y dirección técnica, debiendo integrarse su personal técnico de preferencia, con individuos que voluntaria y gratuitamente consientan en prestarle sus servicios.

Con el paso anterior, se pretendió dar cumplimiento a la recomendación de la V Conferencia Internacional Americana, en lo que respecta a estimular a las organizaciones voluntarias de salubridad, sólo que se tuvo una fe exagerada en la cooperación gratuita de los particulares, que en ninguna parte existió.

Los municipios con elementos bastantes para sostener un servicio permanente de salubridad, era natural que no lo quisieran abandonar en manos de particulares, sobre todas las cosas, porque como las materias de salubridad municipales pueden producir ingresos a los Ayuntamientos, dejarían de percibirlos. Recíprocamente los particulares, por regla general, no están dispuestos a cooperar gratuitamente con los Ayuntamientos en funciones que recaudan estos ingresos.

En los pequeños poblados, la carencia de elementos de las autoridades y de los particulares hace que no existan personas con conocimientos técnicos adecuados a quien pueda encomendarse una oficina sanitaria. Además, ni las autoridades ni los particulares tienen interés en agregarse funciones que sólo les dan trabajo y no les producen remuneración o ingreso alguno.

Por otra parte, el aspecto honorífico de altruísmo, en tesis general, es de poca monta en los pequeños poblados.

Independientemente a lo anterior, se planteó el problema de la justificación de las Unidades Sanitarias Municipales, dentro de la legislación vigente ya que se ha apuntado. Por último, las Unidades Sanitarias Municipales, careciendo de potestad para hacer efectivas sus determinaciones individuales sobre salubridad, concluyeron por hacer absolutamente estéril el esfuerzo de los cooperantes gratuitos que aún trabajando con la mayor buena voluntad, no pudieron llegar a la realización de una administración sanitaria municipal.

Simultáneamente a lo anterior, la Federación aumentó sus presupuestos creando nuevas delegaciones federales, los Estados crearon o fortalecieron sus organizaciones de higiene, y determinados Ayuntamientos con posibilidades económicas, crearon secciones de sanidad. Mas como las tres autoridades indicadas se encontraron investidas de potestad, lentamente desplazaron o absorbieron a las Unidades Sanitarias Municipales, haciendo desaparecer las que funcionaban hasta en municipios por que dichas autoridades no atendieron, pero conservándolas sólo de nombre y dándoles el carácter de oficinas gubernamentales, con personal pagado y originando ingresos.

Las causas descritas, produjeron en México el fracaso del primer intento de cooperación de particulares y de organizaciones voluntarias de salubridad.

VI. *Las Unidades Sanitarias Cooperativas.*—La principal causa de fricción entre las autoridades locales y municipales se debió a que el Gobierno Federal estableció una Delegación Sanitaria Federal en cada capital de Estado y a que casi simultáneamente, los gobiernos locales impulsaron sus organizaciones de higiene y en otros casos las crearon, lo que originó que se encontraran frente a frente dos oficinas sanitarias con facultades concurrentes sobre las mismas materias, cuyo límite consistió en atribuir a la primera, la labor de salubridad general, ya a la segunda, la de salubridad local, materias que a veces son difíciles de distinguir por no poder juzgarse a priori, muy particularmente en los asuntos de enfermedades transmisibles, cuándo un problema sanitario va a rebasar la jurisdicción de un Estado, y cuando va a permanecer solamente dentro de sus límites.

Para obviar las dificultades, se pensó hacer recaer el nombramiento de Delegado Sanitario y Jefe de Salubridad, en el Estado, en una misma persona aun cuando este procedimiento se empleó sólo esporádicamente y con muchas reservas.

Simultáneamente al anterior estado evolutivo, se inició la creación de Unidades Sanitarias Cooperativas impuestas casi por la necesidad misma de las cosas.

El año de 1918, el Departamento de Salubridad comenzó sus trabajos de higiene rural, con la valiosa cooperación de la Fundación Rockefeller y con la finalidad exclusiva, durante el período de 1918 a 1926, de combatir en el país la fiebre amarilla, creándose al efecto, el Servicio Contra la Fiebre Amarilla, con un resultado tan halagador que se logró erradicar ese padecimiento del país.

Para el año de 1924, ya se habían logrado los propósitos del Departamento y de la Fundación, por lo que se pensó en dedicar los fondos antes destinados a la Campaña Contra la Fiebre Amarilla, al estudio de la uncinariasis, que puso de relieve que muchas de las poblaciones de las costas del Golfo de México, sufren intensa infestación ocasionada por el necator americano y la uncinaria. Entonces se dedicó el Servicio contra la Fiebre Amarilla, a combatir la uncinariasis, por medio de servicios sanitarios ambulantes, que recorrieron los Estados de Veracruz, Chiapas y Oaxaca, de 1924 a 1927, con la designación de Lucha Contra la Uncinariasis.

Como los servicios ambulantes dieron muy buenos resultados, se consideró ventajoso establecerlos como fijos y permanentes, y al efecto, se transformó el Servicio, para llegar a constituir lo que después se llamó Unidad Sanitaria Cooperativa. La primera de ellas fué la de Minatitlán-Puerto México, en 1928, después la siguieron las del Puerto de Veracruz, en 1929, y las de Tuxtepec, Oaxaca, Tierra Blanca, Ver, Cuernavaca, Mor., y finalmente la de Minatitlán-Puerto México, se dividió en dos, las de Minatitlán y la de Puerto México. Todas estas Unidades funcionan hasta el presente.

Todas ellas están regidas por Convenios, de acuerdo con los cuales el presupuesto total de la Unidad está integrado por aportaciones del Gobierno Federal, del Gobierno del Estado en que residen, del Municipio respectivo y de los particulares, entre los que ha figurado preferentemente la Fundación Rockefeller. Una vez obtenido un presupuesto común, se distribuye en partidas específicas, de acuerdo con las necesidades del lugar y de común acuerdo se designa un Jefe de la Unidad, a quien se nombra Delegado Sanitario, por la Federación; Delegado Sanitario del Estado, por el Estado; Jefe del Departamento Municipal, por el Ayuntamiento, y Representante de la Fundación Rockefeller, para el manejo de los fondos de ésta. Las tres investiduras gubernamentales del Jefe de la Unidad, no le sirven sino para quedar capacitado a efecto de dictar disposiciones obligatorias en cada uno de los tres aspectos jurisdiccionales, pues se ha tenido especial cuidado de que su labor exterior se encauce siguiendo el sistema de convencimiento para las masas

de la población en que actúan, abandonando las medidas de coacción en manos de otros organismos diferentes de las autoridades cooperantes (multas, arrestos, etc., por violación a leyes sanitarias).

El programa de trabajo de las Unidades Sanitarias comprende:

- I. Enfermedades transmisibles;
- II. Inmunizaciones;
- III. Higiene pre-natal y post-natal;
- IV. Instrucción a las parteras empíricas;
- V. Higiene pre-escolar y escolar;
- VI. Higiene de la boca;
- VII. Ingeniería sanitaria;
- VIII. Habitaciones, hoteles, aguas, bebidas y comestibles y establecimientos conexos;
- IX. Instrucción al personal de la Unidad;
- X. Estadísticas;
- XI. Demostraciones, exhibiciones cinematográficas, pláticas y conferencias al público.

En todas las materias anteriores actúa la Unidad como autoridad total de salubridad, en virtud de la concurrencia de funciones en una sola persona, y de la unificación obtenida en la administración sanitaria.

Las ventajas prácticas de las Unidades, son innegables; se sostienen por el sistema de cooperación, contribuyendo la Autoridad Federal, el Gobierno del Estado, el Ayuntamiento y los particulares que lo deseen. De la cooperación se deriva una orientación sanitaria uniforme; desarrollan su trabajo a base exclusivamente de educación, impartiendo al pueblo cuidadosamente y de modo encomiable, las enseñanzas que, puestas en práctica, deben prevenirlo contra los ataques de enfermedades y defender su salud. Los programas de trabajo se elaboran de acuerdo con las necesidades sanitarias de la región que atienden, de modo permanente y continuo, hasta lograr la solución de cada uno de los problemas que atacan.

En contraposición a las ventajas técnicas alcanzadas por la Unidad, este organismo adolece en su funcionamiento de serios defectos: si jurídicamente se le da el alcance de reunir plenamente todas las potestades que corresponden a las tres autoridades que intervienen en materia de salubridad, se llega entonces al absurdo de crear, a título de evitar fricciones, interferencias y reduplicación de servicios entre las tres autoridades, una cuarta autoridad, un cuarto poder sanitario desorbitado e incongruente; y si por el contrario, sólo constituyen campos teóricos de discusión de facultades, se les hace caer en la carencia de realidad gubernamental y se convierten en un local destinado a conferencias sobre especulaciones de higiene.

El escollo principal por resolver, lo constituyó la carencia de ley en que apoyar la integración, que no capacita a las autoridades intervinientes a conferir personalidad jurídica a las Unidades ni a declinar los servicios sanitarios que la Constitución les encomienda, en manos de una cuarta autoridad que tampoco puede ser institución de derecho privado porque carecería de jurisdicción y competencia.

Por otra parte, el sostenimiento de las Unidades Sanitarias Cooperativas, resulta sumamente oneroso, hasta el grado de que aún aumentándose hasta el límite máximo todos los presupuestos sanitarios federales, locales y municipales, no sería posible sostener una Unidad Sanitaria Cooperativa en cada municipio del país. De ello resulta que, si bien las Unidades dan resultados magníficos y palpables inmediatamente después de su establecimiento, no sería posible adoptarlas como sistema único, pues de él se derivaría la injustificada preferencia de parte del Gobierno Federal y de los Estados, de resolver preferentemente los problemas sanitarios de las zonas productivas, cuando seguramente las zonas pobres son las que más necesitan la intervención del Gobierno, en los problemas de sanidad. Estos defectos condujeron al Gobierno Mexicano a tratar de lograr un camino más acorde con la realidad, en el que se aprovecharon las experiencias logradas en las Unidades Sanitarias Cooperativas, como más adelante se verá.

VII. *Asociaciones de Higiene.*—La Quinta Conferencia Internacional Americana, estableció la obligación de estimular a las organizaciones voluntarias de salubridad, no para ocupar el lugar del Gobierno, sino para fomentar y dar vigor a los trabajos de éste.

La cooperación particular puede operarse de dos maneras: o bien el particular entrega a la autoridad fondos para que ésta los aplique a fines sanitarios, el caso más raro; o bien, integra una institución particular que sin el empleo de medios coercitivos, educa e imparte servicios higiénicos a quien voluntariamente recurre a ella. Ya se ha visto anteriormente, cómo se admitió a los particulares en el primer tipo de cooperación; falta examinar cómo han actuado en México las asociaciones particulares de higiene.

El caso más saliente lo constituye la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, organizada desde el año de 1929. Originariamente se constituyó por la reunión de diversos particulares que, encabezados por el Señor Presidente de la República y dirigidos por su esposa, aportaron cantidades de dinero que pensaron destinar a higiene pre-natal, natal, infantil y pre-escolar. Una idea tan elevada recibió una calurosa acogida y pudo reunirse una cantidad de cierta importancia. Sin embargo, como los contribuyentes no tenían la obligación de cooperar periódicamente, la Asociación se vio amenazada de desaparecer, inmediatamente después de su establecimiento. Entonces, el Gobierno Federal impresionado por la magnitud de la obra y por el vigoroso impulso que con ella recibiría la higiene infantil, creó un impuesto especial, cuyo importe, en forma de subsidio, se entregó periódicamente a la Asociación.

Por desgracia la Asociación carecía de ley general a qué acogerse y hubo de constituirse, para el Distrito Federal, como institución de beneficencia privada, lo cual desvirtuaba su finalidad, ya que las actividades de beneficencia privada, si bien constituyen una ayuda poderosa de las actividades de higiene y deben estarle en todo subordinadas, se diferencian totalmente de éstas, sobre todas las cosas, por su finalidad.

Como se trató de generalizar la obra a toda la Nación, se crearon comités dependientes de la Asociación Central, que funcionaron en los Estados de la República, en forma todavía más irregular, pues unos se constituyeron como institutos de beneficencia privada, otros como simples asociaciones de hecho y los más como organismos extra-ley, integrados por la reunión de personas que funcionaron al margen de la misma.

Por otra parte, como la Asociación se sostenía principalmente con el subsidio del Gobierno Federal, no podía reputársela como asociación de beneficencia privada, lo que determinó que después de funcionar algo más de tres años, se disolviera por Acuerdo Presidencial de 10 de septiembre de 1932, que destinó los fondos del subsidio a la obra gubernamental de higiene infantil, que con ello recibió un vigoroso impulso.

La fracasada experiencia demostró varios hechos innegables: la imperiosa necesidad de conferir a los particulares la práctica de actividades de higiene, especialmente aquellas que para su cumplimiento no necesitan coacción, ni a las personas que las ejercen la impresión de que el Estado les abandona sus funciones indeclinables; las innegables ventajas de que los particulares ejercieran esas atribuciones que, debido al desinterés con que las verifican, los colocan al margen de toda sospecha de coacción interesada y favorecen la divulgación de conocimientos higiénicos; la necesidad de orientar todas las actividades de higiene a que se dedican los particulares y la urgente necesidad de encauzar esas mismas actividades, mediante la expedición de una ley que regule su funcionamiento, les dé personalidad jurídica y los capacite para actuar como auxiliares del Estado.

VIII. Los Servicios Sanitarios Coordinados.—Si hacemos balance de todo lo antes apuntado, se deduce que aunque la tendencia en México era hacia la asociación de autoridades y cooperación de particulares, no se había hecho todavía ningún ensayo decisivo para resolver todos los problemas sanitarios de una región aprovechando los datos obtenidos por la experiencia.

El año de 1932 durante la administración del Dr. Gastón Melo, se observó que cinco de las Unidades Sanitarias Cooperativas que funcionaban en el país, se encontraban en el Estado de Veracruz: una al norte, la de Tuxpan, en zona muy mal comunicada; dos al centro, Orizaba y Veracruz, en la zona mejor comunicada del Estado y dos al sur, Puerto México y Minatitlán, en una zona de grandes recursos y con comunicaciones regulares entre ambas cabeceras de Unidad; se notó también que las cinco Unidades arrojaban un presupuesto muy elevado y que además el Gobierno Federal sostenía tres Delegaciones Sanitarias en los puertos de Tuxpan, Veracruz y Puerto México; que en la capital del Estado los servicios estaban descoordinados y eran manejados por una Dirección de Salubridad del Estado y que el resto de los municipios de esta entidad, mal comunicados, en zonas difíciles de cubrir y con enfermedades dominantes y muy diversos aspectos sanitarios, habían permanecido completamente abandonados.

Como el Estado de Veracruz era el que mayor cantidad de recursos recibía tanto de la Federación como del Estado y municipios y aún de particulares, de modo preferente de la Fundación Rockefeller, se pensó en la conveniencia de redistribuir los presupuestos en forma equitativa, de manera de hacer llegar los beneficios de la higiene pública al mayor número posible de lugares.

Al efecto, después de las discusiones correspondientes, llegó a otorgarse el 28 de enero de 1933, un Convenio de Coordinación de Servicios en el Estado.

Simultáneamente a los estudios teóricos con relación al Estado de Veracruz, se observó que otro de la República, el de Guanajuato, constituye una unidad geográfica bien delimitada, está distribuido en zonas perfectamente definidas y de forma casi regular; que en toda su extensión está bien comunicado por diferentes vías y posee un gran número de poblaciones de relativa importancia, semejantes entre sí en número de habitantes y en recursos naturales, y que podría prestarse para hacer experiencias de coordinación total de servicios en el Estado. Como no se contaba en él con Unidad Sanitaria Cooperativa, la labor hubo de comenzar desde sus principios. Al efecto, se hicieron concienzudos estudios de geografía sanitaria que produjeron la división del territorio de Guanajuato en 16 circunscripciones sanitarias con medios de comunicación aprovechables que ligan a los municipios de cada circunscripción entre sí y muy particularmente los relacionan con la cabecera del Estado. Con la decidida cooperación del Gobierno local, y mediante la afectación de los presupuestos federales, se comenzó a operar sin convenio ni ley, simplemente de hecho y por vía de experiencia, en la siguiente forma: los servicios sanitarios generales se establecieron en la Capital del Estado, haciendo recaer el nombramiento de Delegado Sanitario Federal y de Director de Salubridad del Estado en la misma persona. En cada cabecera de circunscripción sanitaria se estableció un Centro de Higiene, con cargo a los ayuntamientos que integran la circunscripción; pero como sus presupuestos no alcanzaron en ningún caso para cubrir todos los gastos del Centro de Higiene, la Federación y el Estado, de sus presupuestos comunes, dieron lo que faltó hasta completar la cantidad necesaria. Por último, los servicios generales establecidos en la Capital del Estado, además de sus labores de salubridad general en el Estado y de salubridad local en el mismo, cubren las necesidades de la circunscripción No. 6, en que residen.

Los resultados no se hicieron esperar: las autoridades municipales se sintieron satisfechos por la higienización creciente de su jurisdicción y por el acrecentamiento de ingresos por concepto de derechos sanitarios y con ello dejaron de ver con celo a las autoridades sanitarias del Estado ya a las federales, en quienes veían antes un competidor para los renglones de sus presupuestos. Para el Estado las condiciones fueron semejantes, ya que la higienización de cada uno de sus municipios, produce la higienización de la entidad entera, el descenso de los índices de mortalidad y morbilidad y el mejor aprovechamiento de los recursos naturales acrecentándose la riqueza colectiva y la individual.

La Federación salió igualmente ganando al contar con una zona que abarca todo un Estado, en donde los servicios de salubridad se acrecientan día a día, lo que significa un factor menos de peligro para el país entero, tras casi un año de experiencia, porque las autoridades contratantes prefirieron que al convenio que a la postre otorgaron, fuera la resultante de su experiencia y no el producto de una especulación teórica. El 12 de diciembre de 1933 y ya bajo la administración del Dr. Manuel F. Madrazo, se suscribió el Convenio respectivo entre el Gobierno Federal y el Gobierno del Estado.

El nombramiento de Jefe de los Servicios Coordinados se reservó a la Federación, por tener que ser Delegado Sanitario Federal, además de Director de Salubridad del Estado. Los nombramientos de los demás empleados se confiaron al Gobierno Local, quien debe hacerlos a propuesta del Departamento de Salubridad. En cuanto a presupuestos, el Gobierno Federal coopera con una cantidad igual a la que entrega el Gobierno del Estado con más la totalidad del material de propaganda y productos biológicos que fueran necesarios.

Como el sistema constitucional que creó las autoridades federal, local y municipal no se tocó, resulta de ello la imprescindible necesidad de que las tres se obliguen a gestionar la expedición de las regulaciones necesarias que requiere la buena marcha de los servicios, así como que se reserve para cada uno de ellos en particular, la percepción de ingresos por concepto de impuestos y derechos sanitarios y sanciones pecuniarias y todos los procedimientos de ejecución que fueren necesarios.

La dirección técnica y la vigilancia generales se reservan a la Federación como parte integrante de sus funciones de salubridad general y con la tendencia de que al generalizarse el sistema, quede automáticamente unificada la orientación sanitaria de toda la República.

De los 28 Estados que integran la República, al presente han firmado Convenios de Coordinación, además de los Estados de Veracruz y Guanajuato, Querétaro, Jalisco, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Puebla y Oaxaca; están en estudio los de Durango, Coahuila, Aguascalientes, Nayarit, Colima, Tlaxcala, Michoacán y Guerrero, y se han iniciado las negociaciones con los 11 restantes.

El problema administrativo estaba resuelto; México había encontrado el mejor plan a seguir para la cooperación de autoridades que permite utilizar además, la cooperación particular en cualquier forma que se imparta.

Pero el problema legal de la justificación de los convenios quedaba pendiente de resolver aún, al igual que el problema jurídico que origina la creación de instituciones de higiene sostenidas exclusivamente por particulares.

El primer aspecto jurídico es muy serio, pues implica la formulación de una Ley general que imponga la obligación a los Estados y a los Ayuntamientos, de coordinar sus servicios con la Federación, lo cual aunque es fácil en su enunciado, implica una reforma constitucional muy difícil de ser admitida por los Estados, cuando menos antes de ver el fruto de la coordinación, y que por otra parte no deja de limitar las atribuciones de las autoridades de los Estados y de las ciudades, que al fin y al cabo son teóricamente soberanas dentro del régimen federal.

Es cierto que la administración sanitaria mexicana se encontró en una situación privilegiada, ya que se le planteaba un problema jurídico no de gabinete sino impuesto en sus dos aspectos por necesidades administrativas de toda la nación que urgía resolver cuanto antes; pero ello si bien justificaba la necesidad de expedir la ley respectiva, no daba fundamentos bastantes para limitar constitucionalmente las atribuciones de los Estados y las de los Municipios, mediante una reforma constitucional.

IX. El Plan Sexenal de Gobierno.—Así las cosas, vino para la administración sanitaria una feliz coyuntura: el 3 de diciembre de 1933, se celebró la Segunda Convención Ordinaria del Partido Nacional Revolucionario, al que pertenecen todos los elementos dirigentes del país, tanto de la Federación, como de los Estados y de los Municipios.

La Convención formuló en su seno un Plan General de Gobierno denominado Plan Sexenal, que deberá desarrollarse durante el próximo período presidencial de seis años que se iniciará el 1° de diciembre de este año.

En materia de salubridad pública se establecen como puntos fundamentales los de que, durante la vigencia del Plan Sexenal de Gobierno, las sumas que se asignen para las atenciones de la autoridad sanitaria federal, cuando menos importarán respecto del monto total del Presupuesto de Egresos de la Federación, un porcentaje de 3.40% para 1934, que ascenderá paulatinamente hasta alcanzar un 5.50% en 1939, en la inteligencia de que el aumento de los recursos federales deberá destinarse íntegramente a los servicios en el interior de la República, puesto que la ciudad de México ha recibido la atención constante en materia de salubridad y son más apremiantes las necesidades sanitarias de los Estados. Estos y todos los ayuntamientos del país, están obligados a señalar partidas en sus presupuestos destinadas al desarrollo de los servicios sanitarios.

Se impone además, la obligación de fijar los principios técnicos de higiene en materia de alimentación en toda la República, tomando como base los estudios de los diversos grupos humanos y de las regiones que habitan. Se establece como preferente la lucha contra la mortalidad infantil y la protección a los trabajadores del campo y de la ciudad; se obliga a los ayuntamientos a promover el establecimiento de los servicios públicos fundamentales: agua potable, alejamiento de desechos, mercados y rastros adecuados, hospitales y maternidades, auxiliados por los Gobiernos Federal y de los Estados que crearán las instituciones de crédito necesarias para poder realizar tales obras.

Por lo que a cooperación en materia de servicios sanitarios toca, el Plan declara: "Tres autoridades de la República dictan medidas sanitarias: el Departamento Federal, los Gobiernos Locales y los Ayuntamientos. En la práctica se invaden continuamente sus respectivos campos de acción, y el servicio público de salubridad sufre las consecuencias de la falta de armonía en las disposiciones de las autoridades. Para remediar esta situación se coordinarán los servicios federales y locales, desde el punto de vista técnico-sanitario, dentro de los preceptos de una ley que será expedida a ese efecto,

pues la cooperación se ha venido haciendo hasta ahora, por vía experimental y de modo imperfecto, sólo en algunos Estados de la República.”

Independientemente de las innegables ventajas del Plan Sexenal en lo que respecta a salubridad general como se ve de la exposición del mismo que se hizo anteriormente, tiene con relación a cooperación en materia de servicios coordinados una enorme ventaja: resolvió políticamente el problema de la coordinación, declarada de este modo necesidad nacional, y preparó la expedición de la ley respectiva, que pudo de este modo llevarse a cabo sin tropiezos.

X. *La Medicina Social. Las Unidades Médico-Sanitarias-Cooperativas.*—La Jefatura del Dr. D. Manuel F. Madrazo, aprovechó esta coyuntura para hacer un ensayo todavía más avanzado de cooperación sanitaria. El Gobierno Federal, dentro de su plan de desarrollo de obras de irrigación, en los límites de los Estados de Coahuila y Nuevo León (Don Martin, Coah.), construyó una presa de gran capacidad, con su correspondiente sistema de riego, adquiriendo la totalidad de tierras irrigables para el Gobierno Federal.

Una vez que éstas estuvieron en condiciones de ser laborables, se hizo un fraccionamiento de ellas en pequeñas propiedades que se dan en posesión a agricultores que las trabajan personalmente, en régimen familiar y por excepción aprovechando los servicios de campesinos asalariados.

En un lugar estratégico del Sistema, se fundó Ciudad Anáhuac, trazada de acuerdo con las necesidades de higiene más modernas y dotada de agua potable y de servicios de alejamiento de desechos, antes de que se hiciera en ella la primera construcción.

Como el Sistema creó un espíritu colectivista entre todos los colonos, muy poco fué necesario hacer para desarrollar el espíritu de cooperación entre todos ellos derivado de las condiciones peculiares del mismo Sistema: sus obras de irrigación y su aprovechamiento son comunes; los sistemas de laboreo tienen que ser uniformes, los planes de financiamiento son iguales, para todos, mediante la intervención del Banco Nacional de Crédito Agrícola; los caminos tienen que ser comunes; la construcción de las habitaciones de la ciudad y del campo tienen que hacerse en cooperación y hasta han sido comunes las medidas con relación a alcoholismo y prostitución, debiendo hacerse notar que en el Sistema está prohibida la venta de bebidas embriagantes, con excepción de la cerveza de baja graduación y se halla proscrita la prostitución.

En este medio tan peculiar y con raíces tan firmes, pues la mayoría de las parcelas están cultivadas, se observó que los colonos eran explotados por médicos que les ofrecían servicios en cooperación y que sólo perseguían una finalidad de lucro. La mayor parte del Sistema se encuentra enclavado en el Estado de Nuevo León que, como se dijo antes, ha suscrito ya un Convenio de Coordinación de Servicios, pero con la reserva de que en el territorio del Sistema funcionará una Unidad Sanitaria de tipo especial. Los colonos, dolidos por la explotación de que eran víctimas y deseosos de contar con servicios sanitarios a la altura de las obras permanentes de salubridad llevadas a cabo en Ciudad Anáhuac, recurrieron al Gobierno Federal para que resolviera ambos problemas. Paralelamente a lo anterior, existe en el Sistema de Riego un problema de higiene industrial a cargo de la Comisión Nacional de Irrigación y con relación a los empleados para que resolviera ambos problemas.

Hecho el estudio correspondiente, con la cooperación de los Gobiernos de Nuevo León y Coahuila, de la Comisión Nacional de Irrigación y de los mismos colonos, se concluyó que una región en donde los problemas sociales reciben una atención preferente, no puede abandonarse a sus propias fuerzas para subvenir a sus necesidades higiénicas y médicas, abarcando estos últimos, a petición de los colonos y con la finalidad de hacer un ensayo de medicina socializada en beneficio de todos los habitantes del Sistema.

El 7 de agosto de 1934, se otorgó el convenio respectivo por el Jefe del Departamento de Salubridad Pública Federal, con autorización expresa del Sr. Presidente de la República, los Gobernadores de Nuevo León y Coahuila, y el Director de la Comisión Nacional de Irrigación representando a la propia Comisión y a los Colonos. La Unidad tiene como fin prestar servicios totales en el Sistema a los colonos del mismo, a sus familiares que residan habitualmente con ellos, a sus peones acasillados, a los empleados y obreros de la Comisión Nacional de Irrigación y a los empleados de las autoridades cooperantes, que residan en Ciudad Anáhuac.

El Sistema quedó dividido, por lo pronto, en cuatro sectores sanitarios: el primero con sanatorio y con las oficinas generales, con residencia en Ciudad Anáhuac y los otros tres con dispensarios para servicios higiénicos y médicos

distribuidos en el campo y en los lugares mas adecuados de acuerdo con la geografía médica y sanitaria del lugar.

El Gobierno Federal coopera con un mínimo anual de \$50,000.00, la dirección técnica y el material de propaganda. Los Gobiernos de Coahuila y Nuevo León, con \$3,000.00 y \$6,000.00 respectivamente. La Comisión Nacional de Irrigación con \$8,000.00 anuales, durante el primer año y con \$4,000.00 anuales los restantes y con los terrenos indispensables para el sanatorio y sus anexos y para los dispensarios. Los colonos cooperan con \$1.50 anuales por hectárea, por todo el plazo del convenio y con las diferencias que a su favor resulten de la cuota fijada de \$5.00 anuales por hectárea que entregan, para la conservación de las obras materiales del Sistema.

La Unidad Médico-Sanitaria ha comenzado a funcionar. Hasta donde llegan mis noticias, es el Sistema más amplio y más moderno de cooperación entre autoridades y particulares que funciona actualmente en América. Constituye igualmente el paso más avanzado sobre higiene rural, ya que por primera vez se establecen células sanitarias permanentes diseminadas en el campo; consecuentemente con lo avanzado del sistema administrativo de higiene pública, ha producido mediante el cooperativismo, la socialización de la medicina entre una ciudad y una zona agrícola, muy extensa, en bien de todos los habitantes de ambos; y ello sin necesidad de recurrir a extremos de ninguna índole sino únicamente basándose en la cooperación desinteresada de las autoridades y de los particulares. Cabe hacer notar muy especialmente que la socialización de la medicina se ha operado sin imposición del Gobierno, sino por libre participación de los campesinos beneficiados.

México espera establecer en breve plazo administraciones semejantes en todos los sistemas nacionales de riego y en todas las comunidades agrícolas del país, lo que le permitirá lograr de una manera definitiva la higiene rural de la República.

XI. Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios y Código Sanitario. Cooperación de Autoridades y Particulares.—Con los factores anteriores, pudo el Departamento de Salubridad formular conclusiones definitivas acerca del contenido de los preceptos de una Ley de Coordinación y Cooperación en Materia de Servicios Sanitarios. De entre esos factores, los principales son los siguientes:

La intervención con jurisdicciones diversas, de las autoridades federales, locales y municipales, en los problemas de salubridad general.

Capacidad de la autoridad federal para intervenir en todos los problemas de salubridad general y en cualquier problema sanitario local que, por virtud de falta de elementos de la autoridad local respectiva, pueda amenazar convertirse en un problema que afecte a la salubridad de toda la Nación.

La experiencia que demostró la ineficacia de las Unidades Sanitarias Municipales; las grandes ventajas de las Unidades Sanitarias Cooperativas, con sus desventajas referentes a gran elevación de sus presupuestos y zonas limitadas que cubren; la conveniencia de seguir un sistema de coordinación de servicios en todo un Estado que sin desechar a las Unidades Sanitarias Cooperativas, cuando puedan sostenerse tienen una visión de conjunto y tratan de resolver los problemas sanitarios totales de toda una entidad federal, y como coronamiento las Unidades Médico-Sanitarias que imparten servicios totales, médicos e higiénicos en una zona determinada, con grandes ventajas en las zonas rurales.

Por lo que se refiere a la cooperación de particulares, la experiencia demostró que puede ser encauzada de un modo favorable en las Unidades Sanitarias Cooperativas, en los Servicios Sanitarios Coordinados y más que nada, en las Unidades Médico-Sanitarias.

Queda patente asimismo, la urgente necesidad de regular las actividades de las Instituciones de Higiene.

Con las bases desiertas, se formuló la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, de 13 de agosto de 1934, que declaró de interés público para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que pueda afectar a la Federación, y facultó ampliamente al Jefe del Departamento de Salubridad para celebrar convenios, a nombre de la Federación, con los Gobiernos de las Entidades de la República, con los Ayuntamientos y con particulares, a fin de obtener la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios.

Se establece que sólo puede conferirse a particulares el ejercicio de activi-

gades higiénicas que no requieran el empleo de medidas coercitivas para su aplicación y cuyo ejercicio no origine o pueda originar algún peligro para la colectividad o menoscabe las facultades de las autoridades sanitarias.

Se declara que la coordinación de servicios entre las autoridades federal, local y municipal, tiene por objeto:

- I. La aplicación de una política sanitaria general en la República;
- II. La observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales de la misma.
- III. La unificación de los procedimientos que seguirán las autoridades sanitarias en toda la Nación;
- IV. La consecución de las finalidades sanitarias que requiera el bien público, a juicio del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad Pública.

Se estatuye que la orientación técnica en todo caso, corresponderá a la autoridad federal.

Se fija como preferente el sistema de servicios coordinados, sin abandonar por ello el establecimiento de Unidades Sanitarias Cooperativas Municipales o Rurales; se deja una amplitud absoluta para admitir la cooperación de particulares dentro de los servicios coordinados en las Unidades y fuera de ambas, mediante convenios especiales, pudiendo ser esa cooperación en cualquier forma, inclusive en la de servicios personales.

El nuevo Código Sanitario de 20 de agosto de 1934, complementó los preceptos sobre unidades sanitarias, facultando al Consejo de Salubridad General para dictar un reglamento referente a medicina social, en cuanto afecte a la higiene general.

Por último, en lo que respecta a Instituciones de Higiene, el propio Código Sanitario, faculta al mismo Consejo para regular sus actividades, teniendo en cuenta las necesidades de salubridad general.

Los convenios entre autoridades quedan en la Ley como una posibilidad y no como una obligación absoluta, pues esta última determinaría la centralización indirecta, con sus inconvenientes apuntados antes.

Constitucionalmente no se puede negar la eficacia de los convenios interestatales, ya que ni la Federación ni el Estado que en ellos intervienen pueden ejercer facultades que no sean las que competen a una y a otros conforme a la Constitución Federal.

Para dejar completo el sistema se requerirá entonces, además de la ley federal que implica la posibilidad de que la Federación intervenga en convenios con los Estados y los Ayuntamientos, que cada Estado dicte una ley, autorizando la celebración de esos convenios y dándoles fuerza obligatoria en el propio Estado.

La situación jurídica así creada origina un problema administrativo muy interesante, como es el relativo a la celebración, validez y funcionamiento de los Convenios entre un Gobierno Federal y sus Estados o Ayuntamientos, entre los Estados entre sí, entre los Estados y los Ayuntamientos y entre los Ayuntamientos entre sí, que no puede ser materia de este trabajo, cuya tendencia es únicamente exponer una organización administrativa experimentada y vigente.

XII. *Conclusiones.*—La exposición de la experiencia mexicana no ha tenido otro objeto sino demostrar el enorme desarrollo de que es capaz la conclusión relativa de la Quinta Conferencia Internacional Americana de 1923, la cual debe puntualizarse, con la tendencia de marcar derroteros uniformes en toda América para lograr la superación de sus organizaciones sanitarias.

México, por su parte, no cree haber agotado todos los experimentos posibles en estas materias, a pesar de la variedad de sistemas ensayados, pero sí considera que es tiempo de fijar los lineamientos generales de la cooperación sanitaria, distinguiendo lo que se verifica entre autoridades como finalidad primordial, de lo que se opera entre particulares aislados que se dedican a actividades de higiene.

1. De acuerdo con las conclusiones de la Quinta Conferencia Internacional Americana de 1923, la responsabilidad en la resolución de los problemas de salubridad pública, corresponde primordialmente a las autoridades de cada país, el cual deberá preocuparse por organizar dependencias centrales dedicadas a aplicar medidas de higiene pública general, en todo su territorio, con la tendencia de que en el mismo se observe una política sanitaria general informada en principios técnicos uniformes, sin perjuicio de que las autoridades

locales y las municipales procedan, dentro de esa política y de esos principios, a resolver sus problemas particulares, conforme a sus propias necesidades.

2. Las autoridades mencionadas deberán tender a la formulación de convenios de coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios para que, sin menoscabo de sus atribuciones reconocidas, pueda lograrse la implantación de la política sanitaria y la observancia de los principios citados.

3. Debe estimularse hasta donde los presupuestos de esas autoridades y la cooperación de particulares lo permitan, el establecimiento de Unidades Sanitarias Cooperativas, destinadas a resolver problemas de circunscripciones pequeñas.

4. Debe estimularse el establecimiento de Unidades Médico-Sanitarias Cooperativas, como uno de los medios más eficaces para resolver el problema de la higienización de los campos y del mejoramiento de la salud de los que residen en ellos.

5. Debe encauzarse y favorecerse de un modo firme, el establecimiento de asociaciones e instituciones de higiene, creadas y sostenidas por particulares, y sujetas a las autoridades sanitarias.

6. Las autoridades interesadas deberán organizar jurídicamente las diversas entidades que se citan.

Dr. LONG (Oficina Sanitaria Panamericana). Yo quiero pedir al señor Delegado que tenga la amabilidad de explicarnos el sistema de porcentajes que se sigue en México, porque es muy interesante.

Lcdo. VÁZQUEZ PÉREZ. No toqué el sistema de porcentaje porque está fundamentalmente a consideración de la Conferencia lo relativo a la coordinación que se refiere al punto 7° del programa de la Conferencia; pero atendiendo a la indicación del Dr. Long, voy a explicar nuestra organización sanitaria y el sistema de porcentajes progresivos que en mi país se sigue, además de la opinión particular de la delegación mexicana con respecto al primer punto que se estaba tratando o sea a la base "per capita" en los presupuestos de salubridad. Dice este punto del programa: "Organización Sanitaria; base 'per cápita' para los presupuestos de sanidad." Nosotros hemos entendido que el propósito de este tema es obtener una declaración de la Conferencia Sanitaria Panamericana en el sentido de que el sistema mejor para formular los presupuestos de salubridad es asignar una base "per cápita." Nosotros creemos que si el sistema es conveniente en ciertos casos, en tesis general es inconveniente, y voy a dar las razones.

Nosotros estamos organizados en esta forma: En los presupuestos generales de la Confederación hay un porcentaje forzoso anual que tiene que destinarse a salubridad; ese porcentaje es ascendente año a año. Se hacen planes periódicos en la República, que rigen durante un período presidencial. Para el período presidencial que se iniciará el 1° de diciembre próximo, tiene que regir forzosamente un porcentaje de 3.5 por ciento para salubridad, que deberá aumentarse año a año hasta obtener un presupuesto de 5.5 por ciento de los presupuestos generales, destinado ése por ciento a salubridad exclusivamente. Esto por lo que respecta a los dineros que da el Gobierno Federal para cuestiones de higiene.

Ese porcentaje se ve duplicado con el sistema de coordinación, pues, si bien el Gobierno Federal tiene que atender a la salubridad

general, cada Estado tiene que atender a salubridad local; y entonces seguimos con cada Estado este sistema: Si la Federación va a destinar 200,000 pesos al año para la solución de los problemas sanitarios del Estado de Nuevo León, el Estado de Nuevo León no tiene una obligación menor que la Federación: Debe destinar para la atención de sus servicios sanitarios una cantidad igual. Con este sistema, que está incluido dentro de nuestro plan de gobierno para el período presidencial próximo, obtenemos este resultado: El presupuesto federal se ve duplicado gracias a las aportaciones de los Estados.

Pero todavía no terminamos allí: Como al mismo tiempo que cada Estado tiene que destinar de manera obligatoria una cantidad para salubridad, las ciudades que también tienen problemas sanitarios a resolver entran en el sistema de coordinación general y los presupuestos municipales deben a su vez destinar una cierta suma para salubridad, con lo cual se obtiene un segundo acrecentamiento de los recursos.

El mismo sistema exactamente que empleamos para presupuestos de salubridad lo empleamos también para presupuestos de educación. Considera el Gobierno de México, cuando menos para el período presidencial próximo, que los dos problemas fundamentales a resolver en el país son los de la educación y de salubridad, y a esas dos materias les asigna porcentajes fijos de sus presupuestos, y el resto queda a distribuir entre las demás funciones de gobierno, cualesquiera que éstas sean. Este sistema nos da un "per cápita" importante. Podemos calcular para 1935 un promedio total de 30 millones de pesos para salubridad, lo que nos da casi dos pesos por habitante.

En cambio el sistema "per cápita" tiene estos inconvenientes, sin dejar de reconocer que teóricamente es perfecto: Aplicado el "per cápita," para una zona poblada puede resultar en poca proporción con las necesidades de esa zona poblada, y a la inversa, en gran desproporción con las necesidades de una zona despoblada. Entonces se produciría algo semejante a lo que ocurría antes en México: La Capital Federal era la mejor atendida porque era la que tenía más cerca al gobierno central; asumía el aspecto de un hijo consentido dentro de la administración. Luego, en cada Estado estaba primero la capital, que estaba en relación directa con la organización central, y también tomaba el aspecto de un hijo consentido dentro de cada Estado. De esto resultaba que las poblaciones apartadas y las zonas rurales, quedaban totalmente abandonadas en materia de salubridad.

Por otra parte me pregunto yo: qué país de América puede en estos momentos de alzas y bajas de sus presupuestos, adquirir el compromiso de destinar una cantidad fija al año en sus presupuestos, para cuestiones de salubridad? No sería más práctico que

cada Gobierno fijara un porcentaje de lo que tiene, para salubridad? Los presupuestos de los Gobiernos están regidos por los mismos principios exactamente que los presupuestos de los individuos; si yo dentro de mi presupuesto puedo destinar 5 para comer, mientras gano 10 al día, el día que no tenga más que 5, no podré seguir destinando la misma cantidad para comer, porque no podría entonces atender otras necesidades. Lo mismo les pasa a los Estados. Aún el Estado más rico, si ha contraído la obligación de destinar una cantidad "X" al año para servicios sanitarios, si sobreviene una crisis de cualquier género—una crisis industrial, una crisis económica, una crisis política o una guerra—hará caso omiso de su compromiso de destinar en su presupuesto una cantidad calculada sobre una base "per capita," y destinará con preferencia sus recursos a sus gastos más urgentes. De manera que a mí personalmente me parece inconveniente el sistema "per cápita" e imposible de observar de una manera estricta. No creo por ello que deba desecharse de una manera absoluta, y acaso en las conclusiones, aunque todavía no se ha leído el trabajo de la Delegación del Uruguay que entiendo que es fundamental, podría señalarse como un ideal el sistema "per capita," pero sin dejar de lado el sistema de porcentajes o cualquier otro, con tal que produzcan un acrecentamiento gradual de los presupuestos de salubridad.

Dr. RAMOS (Cuba). Encuentro muy interesantes la proposición y el discurso del señor Delegado de México en sus dos aspectos que interesan al sistema "per cápita" y a la organización de los servicios estaduales y municipales. Sobre el sistema "per capita" yo había hablado con el Dr. González—que lamento que no esté presente—y me hizo algunas manifestaciones que creo resolverían una parte del problema, porque nosotros hemos aplicado en Cuba el sistema "per cápita" y hubo ocasiones en que el presupuesto nuestro era muy superior. Entonces le propuse que estableciera el sistema mínimo, sobre cuya base podríamos aceptar cualquier otra cosa. En ese sentido hemos tratado de resolver el asunto.

Mucho me ha interesado la forma minuciosa en que el señor Delegado de México ha presentado el aspecto relativo a las relaciones nacionales y municipales, acerca de lo cual nosotros, en Cuba, hemos tenido la experiencia a que me voy a referir.

En mi país, hemos visto la ventaja de organizar los servicios sanitarios sobre la base de un sistema abierto, que está muy bien presentado en un esquema que yo traje cuando presenté el informe de Cuba; base en cuyo sistema las jefaturas locales, provinciales o municipales nunca son pagadas por el presupuesto nacional. Además, hay una repartición central que las ayuda, que las aconseja y las apoya, cuando se presenta la posibilidad de una epidemia, etc.

Otro punto realmente interesante del informe del señor Delegado de México, es el que se refiere a la necesidad de pensar en el fomento

de las organizaciones privadas, que ofrecen ventajas grandes, como sucede con la Fundación Rockefeller en todos los países de América. Nosotros lo hemos tenido muy en cuenta y puesto en práctica en la organización que preside ahora el Director de Sanidad. Esto tiene la ventaja de que ese Director de Sanidad es nombrado en el Ministerio, en comisión.

El Sr. PRESIDENTE. Quizás algunos señores Delegados, por haber llegado un poco tarde, no estén enterados de que la Conferencia ha resuelto tratar simultáneamente los temas 4°, 5°, 6° y 7°, por considerar que están íntimamente vinculados.

Dr. DEL RIO (Chile). Me alegro mucho que se haya planteado el problema de la coordinación de los servicios de prevención y asistencia social. En Chile es éste un problema de palpitante actualidad, cuya solución conceptuamos imprescindible.

Desde el año 1924 se creó el Ministerio de Higiene, con el propósito de coordinar los servicios; pero siempre se mantuvo, en la práctica, la independencia absoluta entre los servicios de profilaxis, que estaban a cargo de la Dirección de Sanidad en Chile, y los de asistencia social, sostenidos, en parte, por la Beneficencia Pública, y por otra, por el Seguro Obrero. La independencia es completa y entonces se nos presenta el problema de que en los lugares pequeños hay dualidad de servicios y sólo los de asistencia social pueden desarrollar alguna labor porque cuentan con elementos para ello. Los otros servicios están simplemente a cargo de un solo médico y, por lo tanto, no pueden, por falta de elementos, desarrollar igual labor que aquéllos. De ahí que nosotros hayamos considerado indispensable la organización de los servicios de salud pública en general, no solamente con la asistencia del Ministerio de Salubridad, que no nos soluciona el problema como lo desearíamos, y que deja vigente la independencia de los distintos servicios, sino también en forma de armonizar íntimamente esos servicios de profilaxis y de asistencia social; por cuanto tenemos numerosas enfermedades como la tuberculosis, las enfermedades infecciosas, la protección a los niños, en que no se puede hacer separación de lo que es preventivo y de lo que es curativo, porque están íntimamente ligados.

Ahora, tratando de adelantar en este sentido, en Chile se dictó una ley que organizó la asistencia social y dió unidad a toda la Beneficencia haciéndola depender de una dirección única; ley que establece que la asistencia social, no sólo debe hacer labor curativa, sino que debe tender, primordialmente, a realizar labor preventiva. En mi país se pretende hacer triunfar la idea de que el hospital no constituye solamente un asilo de enfermos; se quiere que sea un verdadero centro de cultura sanitaria, a la vez.

Me parece, pues, muy interesante que esta Conferencia insinúe a los Gobiernos de América la conveniencia que habría en correlacionar íntimamente los diferentes servicios. Por ejemplo, no en

todos los países existe actualmente todavía el seguro social obligatorio. En Chile lo tenemos y contribuye a la mayor asistencia social y a la curación de las enfermedades.

Dr. COUTTS (Chile). Después de haber escuchado la brillante disertación del señor Delegado de México, Lic. Vázquez Pérez; luego de haber oído las referencias que con respecto a su país nos ha traído el Dr. Lima, así como las demás opiniones que se han emitido en la Asamblea, yo me permitiría someter a la consideración de la misma un voto que tal vez pudiera condensar en forma breve los conceptos que ya habíamos emitido en Washington en 1931 a propósito de estas mismas cuestiones. Es el siguiente:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de Asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad; lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación de unidades de asistencia y prevención.

Dr. LONG (Oficina Sanitaria Panamericana). Mucho me ha interesado, también a mí, la exposición del señor Delegado de México, por varios motivos.

Recuerdo que cuando en julio de 1925 fuí a Chile como asesor técnico del Ministerio de Higiene, el país estaba reformando la Constitución del Estado. Hablamos con el Dr. Alessandri, en aquella época Presidente de Chile, sobre la conveniencia de introducir en la Constitución ciertos incisos relativos a la sanidad pública; y, entre otros, se incluyó uno que declaraba que la salud del pueblo es sagrada y que el Congreso tiene la obligación de votar cada año una suma suficiente para mantener un servicio eficiente de sanidad. Recuerdo que discutimos la limitación que debíamos poner a la cantidad destinada. Y hablamos del sistema del porcentaje para la sanidad y no pudimos ponernos de acuerdo, de manera que el primer año se destinaron \$7,500,000; el segundo, menos; y en los años sucesivos menos, hasta que hoy día creo que el presupuesto asigna dos o tres millones de pesos, lo que es manifiestamente insuficiente para las necesidades de un país de esa naturaleza. No lo digo en sentido de crítica, sino de observación.

Recuerdo que hace años asistí a una sesión de la Asociación Médica de los Estados Unidos, a la que asistió el General Gorgas y explicó detalladamente que el costo del saneamiento de la zona del Canal representaba casi exactamente el 5 por ciento del capital invertido en la construcción del Canal y de sus anexos.

En la campaña antipestosa que la Dirección de Salubridad está llevando a cabo en el Perú, al hacer los primeros cálculos sobre la cantidad de dinero que iba a requerir esa campaña, encontramos que su monto iba a ser excesivo para el Erario Público, si el Gobierno Central tenía que sufragar todos los gastos. Ideamos entonces el plan de distribuir los gastos a fin de que no fueran una carga excesiva para las entidades gubernamentales. Como conse-

cuencia, al Gobierno Central se encargó de proveer los fondos suficientes para mantener la organización central de la campaña, abasteciendo de los materiales necesarios; pero los hacendados, los municipios, los departamentos y las provincias debían cargar con los gastos de los peones que se necesitaran, de la movilización de los materiales dentro de sus zonas, y de otros gastos por el estilo. De ese modo, hoy día se lleva a cabo una campaña en toda la parte del Perú desde Talara hasta Mollendo, casi todo el literal, abarcando una zona de, más o menos, cien millones de hectáreas, con 2,500 soles por mes, merced a la distribución de gastos que existe, y sin ser una carga ni para el Gobierno Central ni para los municipios, departamentos y provincias. Y ese sistema, como acaba de explicar el señor Delegado de México, ha dado muy buenos resultados. Además, como dijo el señor Delegado, si se fija un porcentaje, el Gobierno estará mucho más dispuesto a destinar ese porcentaje cada año que una suma fija. Mientras la población del país aumenta y aumentan sus actividades, los ingresos aumentan y el porcentaje también aumenta, guardando proporción con el desarrollo del país, a medida que pasan los años. El sistema me parece uno de los más satisfactorios. Es de mucha utilidad exigir que las municipalidades, departamentos y provincias o estados—según sean las divisiones políticas del país—contribuyan con su parte; no sólo para aliviar al Gobierno Central de los gastos, que pueden ser grandes, sino también para estimular a los estados, provincias, departamentos, ciudades a que tengan un interés propio en el desarrollo de la sanidad pública, porque el que invierte su dinero en una empresa tiene interés en que ella rinda beneficios, y estará dispuesto, si ve que la obra tiene éxito, a invertir más en ella, si hay necesidad de hacerlo.

Sólo quería hacer estas observaciones para que la comisión las tome en cuenta cuando considere las proposiciones a estudio. Porque no todos los países pueden adoptar el mismo sistema; cada país tiene que adoptar el sistema más útil para sus fines y de acuerdo con su conveniencia. Por ejemplo, me permito observar, respecto a la proposición del señor Delegado de Chile sobre la coordinación de la asistencia y la sanidad, que en países de escasa población y de escasos recursos la combinación de la asistencia con la sanidad es sumamente útil; pero en un país que tiene bastante población, grandes centros urbanos y bastantes recursos, es mejor mantener esos servicios separados, porque la eficiencia será mucho mayor. Además, en tales países, como la asistencia en muchos casos se hará a expensas de los particulares, sería una contribución menos para el gobierno, que no tendría que sufragar todos los gastos, como ocurre en otros muchos países.

Dr. LIMA (Brasil). A propósito de organización sanitaria, nosotros tenemos en el Brasil un servicio federal de salud pública y

cada uno de los Estados brasileños mantiene su propio servicio de salud pública, a los que se agregan los servicios de iniciativa particular. Hay actualmente en el Brasil un movimiento orientado a encauzar las iniciativas particulares para evitar que se hagan esfuerzos estériles, dándoles una orientación única sin la cual sería imposible alcanzar los fines que se proponen. En ese sentido, los cursos de especialización en salud pública han realizado en el Brasil una obra que merece destacarse, y hoy tenemos la grata satisfacción de ver que los técnicos así preparados son contratados por varios de los Estados del Brasil para organizar los servicios de higiene en sus respectivas jurisdicciones. Eso representa, como notarán los señores Delegados, un gran paso en materia de salud pública. Es una orientación uniforme, moderna, adelantada, que se va implantando en todo nuestro vasto territorio. El técnico así contratado no tiene compromisos locales que lo ligen, procede con independencia, no tiene preferencias; y, apoyado en el prestigio con que los señores Interventores en los Estados lo han rodeado, prestigio que es un reflejo del que siempre prestó a estos asuntos el Señor Jefe del Gobierno—de lo que buena prueba tengo en el Servicio de Fiebre Amarilla, a que pertenezco—puede hacer administración independiente y del todo provechosa.

Es de recomendar que en los demás países de América se implante este sistema, que ha dado en el Brasil resultados magníficos.

Dr. MIRANDA (México). Voy a permitirme señalar algunas de las ventajas que México ha obtenido por la cooperación de diversas entidades de gobierno.

Una de las principales se refiere al “full-time.” En algunas organizaciones departamentales y estatales tenemos unos cuantos médicos “full-time,” fuera de la ciudad de México. Los primeros “full-time” los tuvimos en las unidades cooperativas fundadas por la Fundación Rockefeller. La consecuencia de la coordinación fué suprimirse, por ejemplo, en la ciudad de Guadalajara, capital del Estado, las autoridades estatales, y fundirse en una sola cabeza las autoridades federales, estatales o municipales. Así, pues, estamos ya alejándonos del estado habitual que ocurría antes entre nosotros, en que se temía el empleo de un médico por cuanto lo que habría de ocupar más su atención era el ejercicio de su profesión. Creo que el “full-time” no puede lograrse si se multiplica extraordinariamente el número de empleados, mientras que reuniéndolos por cooperación puede obtenerse el “full-time” completamente.

Dr. COUTTS. Encuentro sumamente interesantes las observaciones del distinguido Delegado por México, Dr. Miranda. Si en la práctica se consigue la unificación de los servicios de salubridad, beneficencia y municipales, eso va a traer cierta reducción en lo que respecta al número de médicos, que muchas veces, en uno u otro servicio, defienden intereses particulares. La fusión de estas tres

cosas va a permitir darle un salario mejor al médico que se dedique al "full-time" dentro de su especialidad.

Qué va a ocurrir en la práctica con este sistema? Ya sabemos lo que acontece en este orden. En mi país, por lo menos, como los salarios de los médicos son pequeños, ellos se emplean en la Municipalidad y en alguna otra institución sanitaria a fin de conseguir una pequeña renta que les permita vivir. Igualmente ejercen su profesión restándoles a los demás colegas algunos clientes que podrían contribuir a formar la renta del médico que sólo se dedica a su profesión. Teniendo, entonces, unificado todo lo que me permito proponer en ese voto, podíamos darle un sueldo mejor al médico que dedica "full-time" a sanidad. Ese médico dedicado a servicios de asistencia, no va a ejercer su profesión ni va a tener servicios hospitalarios a su cargo, y entonces la aparente cesantía de médicos que se produciría al refundir estos servicios, en la práctica no se realizaría; creo, por el contrario, que de esa manera los médicos que ejercen libremente su profesión, tendrían más clientela. Los que se dedican a asistencia hospitalaria estarían en mejor situación y los sanitarios estarían lo suficientemente rentados para poder prestar servicios "full-time."

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). La Oficina Sanitaria Panamericana recibe informes de muchos de los países de América relacionados con los presupuestos de sanidad, pero en realidad no todos los han enviado esos datos; de manera que ella se ha visto imposibilitada para estudiar el problema de una manera definitiva.

Por otra parte, en los Estados Unidos es muy sencillo llegar a lo que exige el punto No. 4 del programa, que es la organización sanitaria a base de "per cápita" para presupuesto.

El Sr. PRESIDENTE. Le hago notar, señor Delegado, que la Conferencia ha resuelto tratar conjuntamente los puntos Nos. 4, 5, 6 y 7, por considerar que están vinculados.

Dr. GONZÁLEZ. Decía, pues, que en los Estados Unidos es muy fácil obtener la cifra representativa porque hay técnicos competentes. En nuestros países eso es muy difícil. Habrá que enviar todos esos datos para que en la próxima conferencia se pueda sacar el término medio del costo "per capita," obteniéndose un servicio de sanidad bien organizado. No voy, pues, sino a dar algunas ideas de orden general, a fin de que se establezca un criterio para que en la próxima Conferencia se puedan obtener todos esos datos necesarios, que la Oficina Sanitaria podrá entregar a los técnicos especializados en esta clase de tareas. El trabajo que presento dice así:

Organización Sanitaria: Base por cápita para los presupuestos de sanidad.

Incluido en el programa de esta Conferencia, este tema, corresponde establecer los fundamentos de distinto orden, para la obtención de una cifra aproximada que represente, lo más exactamente posible, la financiación por cápita de un servicio de sanidad pública para las Repúblicas americanas. La cifra debe ser obtenida, teniendo en cuenta los intereses sanitarios locales y la eficiencia de la gestión relacionada con la salud pública en cada país. Este

problema financiero presentá en la práctica algunas dificultades debidas a diversidad de factores y sólo un estudio detenido de la cuestión que nos ocupa, podrá darnos la base por cápita relacionada por cada 100,000 habitantes, para que los países interesados hagan el cómputo que corresponde, según su población determinada en el censo oficial. Debemos hacer notar que los gastos a que nos referimos corresponden a funciones sanitarias en actividad, excluyendo, por razones diversas, las actividades potenciales por estados epidemiológicos imprevistos, trabajos de protección social, factores raciales, etc.

Para precisar estas ideas, es necesario que la función sanitaria y actividades regulares comprendan una serie de puntos adoptados corrientemente por la técnica en esta materia, que son:

- (1) Administración.
- (2) Educación sanitaria.
- (3) Vigilancia y control de los aprovisionamientos de agua, de los alcantarillados, etc.
- (4) Laboratorios.
- (5) Profilaxis y control de endemias locales.
- (6) Higiene de la infancia (Lactantes, preescolares) y de la maternidad, excluyendo la protección o ayuda social.
- (7) Control epidemiológico.
- (8) Control de alimentos y drogas, incluso leche.
- (9) Formación de personal sanitario.
- (10) Estadística vital.
- (11) Higiene industrial.
- (12) Sanidad terrestre, marítima e internacional.

Es necesario un estudio más detenido de esta clasificación de funciones sanitarias, a los fines consiguientes, a fin de ilustrar a los Gobiernos de cada país, sobre los recursos financieros adaptados a una función sanitaria clasificada y normal. No es difícil obtener las publicaciones donde constan los presupuestos de los distintos países representados en la Oficina Sanitaria Panamericana y lo que cada país gasta por concepto de sanidad, relacionado con la unidad hombre o por cápita, algunas de cuyas publicaciones ya figuran en la documentación de dicha Oficina. A fin, pues, de establecer en la forma más conveniente la *base por cápita* que este tema exige, creo conveniente que la Oficina Sanitaria Panamericana haga un estudio previo, a fin de que en la próxima conferencia, pueda presentar un estudio detallado y preciso en cifras representativas, dando a conocer las conclusiones a que ha llegado. Por lo tanto, someto a la aprobación de la Conferencia, el siguiente proyecto de resolución:

La IX Conferencia somete a estudio de la Oficina Sanitaria Panamericana el tema relacionado con la fijación de una base financiera mínima por cápita, para los países de la Unión Panamericana, debiendo presentar dicha Oficina un estudio circunstanciado y preciso, dando a conocer los resultados a que ha llegado en cifras representativas y de acuerdo con las normas pertinentes.

El Sr. PRESIDENTE. Como el señor Delegado no estaba presente en el debate anterior, quiero hacerle saber que algunos de los señores Delegados han creído que no es conveniente tomar por base el "per cápita" y se han pronunciado por otros sistemas, como por ejemplo, destinar un tanto por ciento del presupuesto general de gastos anuales para sanidad, tanto por ciento que podría ir en aumento año tras año. Obteniéndose la cooperación de los Estados y Municipios, se podría también conseguir aumentar ese tanto por ciento. Le doy esta información al señor Delegado por sí él tiene interés en defender el criterio "per cápita."

Dr. GONZÁLEZ. Yo quería decir simplemente que en la última conferencia realizada en Atlantic City se estableció un "per cápita" de 1.50 ó 2 dólares. Si se puede llegar a establecer un criterio para obtener un promedio por cada 100,000 habitantes, bien; pero si en

realidad hay un procedimiento mejor técnico, yo no tengo inconveniente en que sea estudiado. Por mí parte, no conozco nada mejor que el que se puede observar en los Estados Unidos, aunque hay que hacer notar que en ese caso, ha sido realizado por técnicos especialistas muy competentes.

A fin de dar cumplimiento al punto No. 4 de nuestro programa, yo hacía estas consideraciones, que en realidad no resuelven nada, sino que mi propósito era que uniformáramos criterio, a fin de que la Oficina Sanitaria Panamericana se ocupara del asunto de la mejor manera, para que tengamos un servicio sanitario regular y eficiente.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Yo por haber llegado tarde a la discusión de este punto, tengo algunas dudas. Yo estoy de acuerdo en que no es posible tomar una base "per cápita," porque eso depende de una cantidad de factores; y si acaso puede fijarse un "per cápita" sería para cada localidad, pero de ninguna manera puede hacerse de ello algo internacional. Depende asimismo de la organización política: de si es un país federal, o un país unitario. En algunos países como el nuestro, la asistencia pública está influenciada por las cuestiones sanitarias de higiene general. Allí donde la asistencia pública está incluida, el "per cápita" tiene que diferir; depende de las condiciones sanitarias del propio lugar, de las epidemias reinantes, si hay o no anquilostomiasis, si hay o no paludismo, etc. Aquellos países que tienen que hacer una campaña contra la fiebre amarilla tendrán que fijar un "per cápita" distinto; de tal manera que hay una cantidad de factores que impiden fijar un "per cápita."

Luego, a propósito de la cuestión de la asistencia pública y de sus conexiones con la higiene general, yo hice algunas indicaciones sobre la forma como están establecidos esos servicios en mi país. Es verdad que en esa materia hay intereses creados, pero la tendencia general es la de incorporar los servicios de higiene general a los de asistencia pública.

Volviendo al tema del presupuesto, la idea que yo tenía a plantear es la siguiente: que cada país fije, no un tanto por ciento sino un aumento progresivo, cualquiera que sea el presupuesto que tome por base; lo esencial es que vaya aumentando. Días pasados recordé que mientras en 1915 no había en Costa Rica un presupuesto para higiene pública, puesto que no había más que un cuarto en la moneda del país que equivale a 25 céntimos de dólar, destinado a la asistencia pública, actualmente hay una suma que corresponde a un dólar por cada individuo, destinado simplemente a higiene.

Lcdo. VÁZQUEZ PÉREZ. Voy a repetir algo de lo que había dicho con respecto a organización de salubridad. Yo considero que la organización con base "per cápita" para presupuestos de salubridad es un ideal a alcanzar; pero para ello se requeriría que muchos

países americanos fuesen países ricos, y, además de eso, países de una estabilidad absoluta, no sujetos ni a crisis económicas ni a crisis de ninguna clase que pudieran afectar sus presupuestos. De ahí que yo me inclinaría, y lo propongo así a la Conferencia, a que se señalara la organización con base "per cápita" como un ideal por alcanzar, aconsejando por ahora, como más asequible, el señalamiento de porcentajes en los presupuestos generales.

Hay dos materias fundamentales en todo país, que afectan a sus presupuestos; salubridad en primer lugar y educación en segundo. No habría ningún inconveniente en recomendar a todos los países adheridos a la Unión Panamericana que, en lo posible señalen en sus presupuestos un porcentaje para salubridad, que en lo posible también debe ser ascendente. En cuanto a la educación no es función nuestra. De ahí que he formulado un voto adosándolo a los que ya tengo formulados con relación a coordinación de servicios, en los siguientes términos: "Teniendo en consideración las dificultades que presentaría por ahora la adopción de un régimen 'per cápita' en los presupuestos de las Repúblicas Americanas, la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los países americanos el señalamiento de un porcentaje en sus presupuestos totales, en lo posible creciente."

Dr. LLOYD (Estados Unidos). Deseo hacer, señor Presidente, una pregunta, y es si cuando se presenta una conclusión nuestro asentimiento a la misma significa dejar la cosa concluída o si eso significa que pasa a una comisión que se encarga de redactar el voto de la Conferencia. Y pido esta aclaración, porque con frecuencia se proponen votos y resoluciones que si bien en principio pueden tener nuestra aprobación, como no hemos tenido tiempo de estudiarlos, creo que debe dárseles oportunidad para ello, una vez formulados por escrito.

El Sr. PRESIDENTE. Hasta ahora los votos y resoluciones han sido adoptados por asentimiento o por aclamación general y luego han sido pasados a la Comisión de Votos y Resoluciones constituída a iniciativa del señor Delegado del Perú, Dr. Paz Soldán, para su redacción definitiva y para la coordinación entre los diferentes votos y resoluciones.

Ahora, los votos que se han presentado con motivo de este tema, continúan en consideración mientras esté pendiente el tema, y si es necesario se hará votación nominal. Estamos en eso, entonces. Por Secretaría se va a dar lectura de los votos propuestos. Hay dos proyectos de resolución del señor Delegado de México y otro del señor Delegado de Chile, Dr. Coutts.

Dr. SAMANIEGO (Ecuador). Yo pediría que se considerasen por separado cada uno de los puntos que han sido englobados en esta discusión. Por lo pronto habría que terminar con la consideración del tema No. 4 que está actualmente en consideración. Está muy

bien el examen panorámico de los temas por la correlación que entre ellos tienen, pero las resoluciones deben separarse, y yo por mi parte deseo hacer una proposición relativa a los presupuestos "per cápita," tomando en cuenta la experiencia de mi país.

El Sr. PRESIDENTE. Es entendido que los votos se van a considerar por separado; pero me parece necesario considerar todo el problema, porque no se puede hablar de presupuestos sanitarios y dejar aparte lo que se refiere a la organización de los servicios de asistencia pública y organización sanitaria, puesto que están íntimamente vinculados, tanto, que en alguno de los votos se propone que se haga la resolución en conjunto. Aunque el debate sea sobre todo en general, los votos se leerán por separado.

Dr. LONG. Desearía preguntar si es idea de la Conferencia que esos votos que tomemos sobre organización, significarán, también, su envío a la comisión central, a fin de que los abarque todos en una sola proposición que se someterá a la votación final de la Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. Entiendo que primero debe votarse cada proposición. Una vez hecho así, la Comisión podrá modificar luego su redacción. Pido al señor Secretario lea los votos presentados.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*). De la Delegación de México:

1. De acuerdo con las conclusiones de la Conferencia Internacional Americana de 1923, la responsabilidad en la resolución de los problemas de salubridad pública, corresponde primordialmente a las autoridades de cada país, el cual deberá de preocuparse por organizar dependencias centrales dedicadas a aplicar medidas de higiene pública general, en todo su territorio, con la tendencia de que en el mismo se observe una política sanitaria general informada en principios técnicos uniformes, sin perjuicio de que las autoridades locales y las municipales procedan, dentro de esa política y de esos principios, a resolver sus problemas particulares, de acuerdo con sus propias necesidades.

2. Las autoridades mencionadas tenderán a la formulación de convenios de coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, para que, sin menoscabo de sus atribuciones reconocidas, pueda lograrse la implantación de la política y la observancia de los principios citados.

3. Debe estimularse hasta donde los presupuestos de esas autoridades y la cooperación de particulares lo permitan, el establecimiento de Unidades Sanitarias Cooperativas, destinadas a resolver problemas de circunscripciones pequeñas.

4. Debe estimularse el establecimiento de Unidades Médico-Sanitarias Cooperativas, como uno de los medios eficaces para resolver el problema de la higienización de los campos y el mejoramiento de la salud de los que residen en ellos.

5. Debe encauzarse y favorecerse de un modo firme, el establecimiento de asociaciones e instituciones de higiene, creadas por particulares, y sujetas a las autoridades sanitarias.

6. Las autoridades interesadas deberán organizar jurídica y administrativamente las diversas entidades que se citan.

El Sr. PRESIDENTE. El señor Delegado de México pide que su proposición se vote o sólo desea que de ella quede constancia como conclusión de su trabajo?

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ. Es una conclusión de mi trabajo que propongo como conclusión de la Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. En ese caso, me permito indicar que tal vez

su proposición sea demasiado extensa. Quizá podría condensarse la redacción.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ. Entonces, haría esta proposición, con el objeto de que las conclusiones de la Conferencia sean más concretas: que se tomaran como conclusiones del trabajo y se votaran. Tendrían que aceptarse o no. Porque las conclusiones se refieren fundamentalmente a tres aspectos: primero, coordinación de servicios; segundo, intervención de los particulares en actividades de higiene ejercitadas por el Estado; tercero, instituciones de higiene de particulares. Yo he redactado esas conclusiones lo más ampliamente posible, con el objeto de que se vea claramente la idea que tiene la Delegación mexicana al proponerlas. Por otro lado, creo que la asamblea está suficientemente ilustrada sobre el fondo de estas cuestiones.

Dr. SUSSINI (Argentina). Desearía que por Secretaría se me informara cuántos votos se proponen.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Tres: de las delegaciones mexicana, chilena y uruguaya.

Dr. SUSSINI. Creo que no se pueden poner a votación las tres proposiciones; de modo que convendría que se reuniera la comisión en un breve intermedio, a fin de concretarlas y proponernos por lo menos dos votos, si no fuera posible uno.

El Sr. PRESIDENTE. De todos modos, la Presidencia desea hacer conocer estos votos, a los señores Delegados que han llegado un poco tarde y no han tenido oportunidad de escucharlos. Si no hay oposición, se va a proceder a su lectura.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. La proposición del Dr. Coutts, de la Delegación de Chile, dice así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los Gobiernos—cuya organización política no se oponga a ello—la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública, beneficencia y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación de unidades de asistencia y prevención.

Luego hay otro voto adicional de la Delegación de México, que dice así:

Teniendo en consideración las dificultades que presentaría por ahora la adopción de un régimen per cápita en las Repúblicas Americanas, la NOVENA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, RECOMIENDA A LOS PAÍSES AMERICANOS EL SEÑALAMIENTO DE UN PORCENTAJE EN SUS PRESUPUESTOS TOTALES, EN LO POSIBLE, CRECIENTES.

Y por último, el voto presentado por el Presidente de la Delegación de la República Oriental del Uruguay, es el siguiente:

La Novena Conferencia somete a estudio de la Oficina Sanitaria Panamericana el tema relacionado con la fijación de una base financiera mínima per cápita, para los países de la Unión Panamericana, debiendo presentar dicha Oficina un estudio circunstanciado y preciso, dando a conocer los resultados a que ha llegado en cifras representativas y de acuerdo con las normas pertinentes.

El Sr. PRESIDENTE. Me permito aclarar a la Conferencia que estos votos no son sustitutivos unos de otros. La proposición del

señor Delegado de México es, perfectamente independiente de la del Dr. Coutts, de Chile, como también lo es la del señor Delegado por el Uruguay. Deben, pues, someterse a votación las tres proposiciones.

Dr. GONZÁLEZ. El criterio que yo he tenido para plantear esta cuestión, es esencialmente técnico, de modo que no he hecho otra cosa que informarme de lo ya resuelto en otros países. En el Uruguay hay ya una base per cápita. Claro que habría que compararla con la de los demás países. En los Estados Unidos, por ejemplo, el criterio que se ha seguido hasta hoy es el indicado por los técnicos o personas que tienen a su cargo la administración sanitaria.

Por eso me he limitado a recomendar que la Oficina Sanitaria Panamericana busque la mejor forma de hacer un presupuesto de sanidad técnico—es decir, lo recomiende—en el sentido de que los servicios sean eficientes; porque, si bien es cierto que conviene a los intereses financieros unir la sanidad a la asistencia, como se ha realizado en nuestro país por medio del Ministerio de Salud Pública, hay que tener en cuenta que es más gravosa la asistencia que la sanidad. Por ese motivo, he hecho una clasificación, que puede ser modificada o ampliada, pero que corresponde a la sanidad esencialmente. La asistencia tiene otros rubros, otros gastos: eso no estaría incluido en la base “per capita.” Es un criterio que, como he dicho, no es propio, sino que sigo el de los Estados Unidos y que ha servido para distintas ciudades, como las de Massachusetts, Nueva York, y Wáshington, Baltimore. Todas tienen su base estudiada para 100,000 habitantes, que es alrededor de 1.80 dólar a 2 dólares, tal vez más en este momento, porque hablo de 15 años atrás. De cualquier manera, es esta una base técnica que debe ser aprovechada, porque fijar una cantidad del presupuesto no me parece muy técnico. Por lo menos, habría que dar la base para poder fijarla. Sería mejor criterio encomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana la solución del problema.

Si esto se ha resuelto en Estados Unidos, a pesar de las dificultades que ofrece, por qué no resolverlo para todas las Repúblicas americanas? Bien sé que no es sencillo el problema, que es difícil, que es arduo, que es largo; pero espero mucho de los expertos en este caso, porque esas cifras están establecidas para muchas ciudades.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Pido perdón a la Asamblea si acaso voy a tomarle cinco minutos en exponer ciertas ideas que parecen surgir del cuerpo del debate, relacionándolas en seguida con los antecedentes, para ver, en mi condición de miembro de la Comisión de Conclusiones y Votos, si puedo prestar el servicio de secretario que el destino me ha deparado a menudo en estas asambleas.

Encuentro excelente la indicación de la mesa al confundir en un

debate panorámico los temas 4, 5, 6 y 7. En buena cuenta, todos ellos se refieren a un solo tema central: organización de los Estados americanos para desenvolver lo que los maestros de higiene llamamos la política sanitaria, que se entiende como la aplicación de los postulados y progresos de la medicina social o de la higiene a la vida pública y a la vida privada de cada uno de nuestros países.

La primera cuestión fundamental que surge cuando se quiere hacer esta ecuación es el órgano con el cual realizar la función. Desde la VII Conferencia Panamericana y a partir de la de Montevideo—porque las anteriores sólo fueron de cuarentenas marítimas y su organización—sólo, a partir de la Conferencia de Santiago de Chile y, sobre todo, la de Montevideo comienzan los higienistas americanos reunidos en estas asambleas, a indicar a los gobiernos la conveniencia de que la higiene se diferencie de la medicina. Entonces aparece la recomendación primera de que los funcionarios de sanidad, sepan sanidad; más tarde, de que los funcionarios de sanidad estudien en los organismos aparecidos para enseñar sanidad. Los primeros experimentos aparecieron en los Estados Unidos, y en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, que tuve la fortuna de presidir inmerecidamente, sólo por una expresión afectuosa de las delegaciones reunidas en Lima, se dió un gran escopetazo, que fué el voto que figura con el No. 12 y que voy a leer para refrescar la memoria de muchos señores delegados que puede que no hayan parado mientes en él.

La VIII Conferencia Sanitaria Panamericana reitera su adhesión a la reforma del Estado para prepararlo a la realización política de la higiene; y declara que sólo por el funcionamiento de un Ministerio consagrado exclusivamente a los negocios médico-sociales es posible la plena ejecución de una política sanitaria nacional e internacional. En consecuencia, recomienda a los gobiernos que aún no lo hayan hecho la creación de un nuevo ministerio de Estado.

El voto unánime—salvo la reserva de la Delegación argentina—dado a esta conclusión en Lima significa que hayamos visto aparecer, con aplauso de cuantos sienten la higiene y la necesidad política de su aplicación como la más política de las causas que pueden mover al Estado en beneficio social, hayamos visto surgir, digo, el Ministerio de Sanidad en el Uruguay, en el Brasil, en dos o tres Repúblicas centroamericanas, en Chile—que surgió un poco antes o paralelamente, pero que en realidad hoy cobra un pleno modelamiento, dentro de las dificultades de las cosas políticas—y finalmente en el Ecuador y Venezuela. No ha surgido en la Argentina, porque es este país—y ésta es una explicación que quiero darle a la Delegación argentina—el progreso paralelo de sus distintas organizaciones que se ocupan de salud pública es de tal manera impresionante que sería verdaderamente una aventura, por ahora, cambiar una estructura que le viene dando resultados. Ya llegará la hora de la concentración. Por el momento, cada uno de esos sectores, gracias a la opulencia de esta patria, ha podido

marchar. En cuanto a los Estados Unidos, hay de tal manera un progreso paralelo en sus Estados que tampoco han sentido la necesidad del Ministerio de Sanidad, a pesar de que se han presentado bills para instituir este organismo y de que el sistema federal interviene en los sistemas estatales. En México, donde la Constitución federal le asigna un artículo, he tenido ocasión de asistir, no al Ministerio de Sanidad sino al Departamento de Salubridad Pública, que es una institución intermedia entre un ministerio y una dirección corriente. El Departamento de Salubridad Pública de Mexico ofrece características particulares que hacen que no sea, en modo alguno, trasplantable, porque las instituciones mexicanas obedecen a razones de contextura política distinta de las del resto de América, por mucho que nos una la tradicional hermandad espiritual.

En estas condiciones, podemos hoy, con el pleno fundamento de la conducta seguida por nuestros países, declarar esto: En América, el Ministerio de Sanidad, que hace diez años era una romántica empresa de unos cuantos higienistas, es hoy la gran realidad que por todos ellos impera.

Por consecuencia, primer voto que surge de esta exposición:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana reconoce el perfeccionamiento creciente de los servicios sanitarios en los países de América, gracias a la aparición del Ministerio de Sanidad, y en consecuencia, respetando las resistencias particulares, afirma la misma doctrina que en 1927 triunfó en Lima (con el voto que acabo de leer).

Mas el progreso quiere ir adelante y, con fundamento, una vez que tenemos definido el órgano de la acción, hay que darle los elementos de la acción. Dos elementos: personal y material. El primer material de la salud es el hospital. El hospital—lo defino modestamente en mi cátedra de higiene—es el taller de la salud, el baluarte de la salubridad y el centro de donde debe irradiar el progreso sanitario de los pueblos, en vez de ser, como en otra hora lo era, el sitio donde iban a rendir el cuerpo, para preparar el alma al viaje del más allá, los que caían envueltos en el manto misericordioso de la caridad. Los americanos son maestros del mundo en lo que respecta al moderno hospital, como lo habrá comprobado quienquiera haya visitado hospitales americanos y tomado contacto con el “year book” de esos establecimientos; sería absurdo que nadie se aventurara a pedirles que los pusieran bajo una organización distinta. Pero en los demás países no nos encontramos en igual situación. La deficiencia hospitalaria es, por desgracia, la gran realidad americana, salvo excepciones. He visitado la mayor parte de los países de América, y no creo que se encuentren en la misma situación de los Estados Unidos, con sus 7,000 hospitales y un millón de camas.

Entonces, aquella segunda proposición que dice: “Asistencia hospitalaria con relación con servicios de Sanidad Pública,” trae implí-

citamente la declaración perentoria de la deficiencia hospitalaria y de la necesidad que hay de nuevos hospitales, a construirse no con un criterio arcaico, sino moderno. Por consiguiente, si no hay hospitales, hay que crearlos y eso se debe llevar a cabo dentro de la organización sanitaria del Estado, dentro del Ministerio de Sanidad. Es como si quisiéramos, cuando se trate de la familia, hacer que los hijos viejos que ya se han separado del hogar, vuelvan a él y conjuntamente con los otros hijos, vivan en la vieja casa del patriarca.

Hay, pues, necesidad de construir hospitales en aquellos países que los necesiten urgentemente. El Perú, por ejemplo, tiene 44 llamados hospitales, aunque hay solamente 10 que merecen ese nombre. El resto son fundaciones que continúan dando albergue a los enfermos, pero que no son verdaderos hospitales. Nosotros tenemos 4,500 camas para una población de 5 millones de habitantes, de manera que nuestro déficit es clamoroso. Otros países pueden estar mejor dotados, pero nosotros estamos en verdadero déficit. En Chile, por ejemplo, acaban de votar una fuerte suma para instrumentar nuevos hospitales con fines de asistencia. La Conferencia tiene a este respecto una segunda conclusión a la que debe llegar, y es la necesidad perentoria de que en América, los Estados y las instituciones particulares, cooperen en el planeamiento y ampliación de los hospitales que hacen falta para las necesidades sanitarias. Esta doctrina es la que practica nuestro gobierno.

La tercera cuestión se referiría a lo que es el nervio en la lucha en favor de la salud, es decir, al dinero. El Dr. González ha sido uno de los animadores del tema de la organización de los presupuestos con el "per cápita." El sostiene con un criterio personal que le honra, que ése es el sistema más moderno y el que se debe emplear en los estados de América. Yo discrepo en este particular de mi colega en las actividades sanitarias, porque no creo que el sistema "per cápita" sea el mejor para América. Y ello por razones muy simples.

En los países como Estados Unidos con 7,000 hospitales y un millón de camas, con una organización instrumental importantísima en servicios municipales y estatales de sanidad, hay un capital inmovilizado de millones de dólares con los cuales se hace actuar todo ese inmenso instrumental en defensa de la salud, pero el gasto subsiguiente es relativamente pequeño. Pero en nuestro país, donde hacen falta dotaciones de agua potable, desagües, pavimentos, hospitales, laboratorios, etc., es evidente que debe haber en los presupuestos de sanidad un capítulo, el más importante, de capitalización sanitaria. Es igual que aquél que tiene dinero y compra bienes inmuebles, no gasta; lo que hace es capitalizar. De manera, entonces, que los presupuestos de sanidad en América no deben ba-

sarse en el "per cápita" porque necesitamos capitalizar sanitariamente, diría.

En el último Congreso realizado en Ginebra y que presidiera el Señor Godart, se recomienda el empleo de fuertes sumas con motivo de la desocupación y la necesidad de movilizar los capitales nacionales e internacionales en obras sanitarias, que andando el tiempo, se vuelven reeditantes. Desde este punto de vista es un adelanto de capitales.

El sistema de "per cápita" tendría que distinguir estas dos cosas: lo que se gasta para capitalización y después lo que sería necesario gastar para el "per cápita." Por eso, y a pesar de las consideraciones hechas por el Dr. González, creo que sería prematuro que nos pronunciáramos aquí por ese sistema. Me parece—y de ahí que piense que la parte final del voto propuesto por el Dr. González sea la más simpática, pues se propicia o se pide que el asunto se mantenga en estudio, que más conveniente es que allí lleguemos a esto: Con qué criterio debe arbitrarse el presupuesto sanitario normal, no de capitalización, en cada país? Esta es una cuestión que debe estudiarse, pues no creo que muchos de nosotros estemos hoy en condiciones de decir qué necesitamos en nuestros países para hacer higiene.

No soy partidario de que se indique en los presupuestos de cada país, o mejor, que les digamos a los políticos que es necesario el establecimiento en ellos de porcentajes crecientes que se han de ocupar en la atención de esas necesidades sanitarias, sino que, a mi juicio, debe establecerse el criterio de que los gastos en capitalización sanitaria que se traducirían en cuidado del enfermo por la mejora y la creación de hospitales o centros de salud, no representan gastos sino que son capitalizaciones que se recogen en vidas humanas y en dinero.

Por ejemplo, durante el régimen anterior en mi país, se han gastado alrededor de 40 o 50 millones de soles en una serie de obras, tales como la pavimentación total de Lima y otras ciudades, dotaciones de agua potable para las capitales de provincias, pavimentos y la construcción de determinados servicios públicos. En Lima solamente se han gastado 4½ o 5 millones de soles en instalación de agua potable y en la actualidad el renglón de ingresos por este concepto, casi representa 2 millones y medio de soles. Qué capital, pregunto yo, puede dar este rendimiento? Fuera de eso, Lima ha crecido porque tiene agua. Al dotarla de esos servicios, la población ha surgido y detrás de ella los caminos y los vehículos, es decir, la prosperidad.

Creo que el verdadero voto sería recomendar a los gobiernos que las oficinas sanitarias estudiaran el metro con el cual medir los presupuestos de sanidad. En segundo lugar, indicarles que cualquier dinero que se gaste en las obras sanitarias propiamente

dichas, no sería solamente luchar contra la desocupación; no solamente se traduciría en mejoramiento de la salud humana, sino que ello sería, y esto es fundamental, una capitalización usuraria.

Por último, viene además de todo esto, la organización del personal. Sobre este particular ya vengo previniendo a la asamblea que voy a presentar un proyecto en el sentido de españolizar la palabra "full-time," que parece estar de moda. Hay una palabra española tan bella, que podría reemplazarla y es "magistratura." Soy de opinión que puntualicemos las garantías mínimas dentro de las cuales es posible contar con el desenvolvimiento de una política sanitaria internacional, que permita el compromiso, sin inconvenientes, de los votos internacionales.

No voy a distraer más la atención de esta asamblea, aunque quiero leer el voto que agregó a los que se han presentado. Dice así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, después de escuchar y debatir los distintos dictámenes sometidos a su estudio sobre la organización de los servicios de sanidad en los países de América, deja constancia de que para el desarrollo de la sanidad de cada país, y para garantizar el cumplimiento exacto de los votos sanitarios internacionales, es absolutamente indispensable: 1°. que las funciones sanitarias se confíen a profesionales peritos que conozcan las técnicas modernas de la higiene y a los que se les proveerá debidamente.

No es más que la repetición, bajo otra redacción, de votos que datan de la Conferencia de Santiago de Chile.

2°. Que los funcionarios a cargo de las labores sanitarias cuenten con las garantías de selección al ingreso, de permanencia en el cargo; de ascenso por méritos y goces pecuniarios, de acuerdo con las condiciones propias de cada país. 3°. Que en cada Estado, si acaso no existen ya, se creen los escalafones sanitarios dentro de las modalidades locales y en los que aparecerán los profesionales dedicados a la práctica oficial de la Higiene. 4°. Que esta magistratura sanitaria, signifique no sólo un principio de organización del cuerpo de higienistas dentro de la profesión médica, sino, además, una garantía técnica sobre la que repose la confianza internacional en las cuestiones de higiene. Y que estas declaraciones esenciales se recomienden a los gobiernos para inspirar sus actos en lo que respecta a la política sanitaria americana.

Voy a fundamentar este punto. Cualquier país, y esto lo sostuvimos en la II Conferencia de Directores de Sanidad con el Dr. González, es dueño de confiar la salud de sus habitantes a quien le dé la gana, pero como estamos vinculados por las epidemias que pueden dañar al vecino, lo que menos tiene derecho de desear el vecino es que si el otro tiene ganas de suicidarse, es que por lo menos la bala no le alcance de retroceso. Y es por eso que yo sostengo que esta magistratura sanitaria como la llamo, debe ofrecer un mínimo de garantías. Por eso el voto, a pesar de su lacónismo implica un principio superior a los vaivenes de nuestra vida política. Nada más.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Yo creo interpretar el pensamiento de los compañeros, si suplico de la manera más respetuosa a la Mesa someter punto por punto estas cuestiones que se están debatiendo; y no sólo creo que se deben someter a votación esas proposiciones punto por punto, sino que debe hacerse independientemente la discusión de cada una de ellas.

El Sr. PRESIDENTE. Ya ha dicho la Presidencia hace un momento, que creía que el debate debía ser conjunto porque se trata de cuestiones conexas, pero la votación se hará punto por punto.

Dr. NÚÑEZ. Yo no veo mucha conexión entre la asistencia hospitalaria y la sanidad y el presupuesto "per cápita."

El Sr. PRESIDENTE. Con el presupuesto "per cápita" no; pero sin embargo algún señor Delegado ha sostenido que en el presupuesto deben entrar la sanidad y la asistencia; pero de cualquier manera se va a votar y discutir punto por punto separadamente.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ. La Delegación de México está completamente de acuerdo con las conclusiones del Dr. Paz Soldán en lo que se refiere a organización sanitaria; pero quisiera hacer una pequeña rectificación en lo que se refiere a organización sanitaria en México. En México existe un Departamento de Salubridad. En México, de acuerdo con la Constitución del país, lo que comúnmente se conoce con el nombre de ministerios está dividido en dos clases de funciones: las puramente políticas que corresponden a lo que nosotros llamamos las Secretarías de Estado, y las puramente técnicas que corresponden a los Departamentos de Estado. El Departamento de Salubridad es un departamento de Estado; no depende sino del Presidente de la República, y su acción no está subordinada a ningún ministerio. Por otro lado sus facultades son tan grandes que constituye un superministerio por la razón de que, en caso de urgencia, el Departamento de Salubridad puede dictar disposiciones basadas en leyes preestablecidas sin contar con la autorización del Presidente, claro que a reserva de que el Presidente las ratifique. Y no sólo es un superministerio sino hasta en ciertos momentos un supercongreso sanitario, pues paralelamente al Departamento de Salubridad funciona un Consejo de Salubridad General que en casos de urgencia puede dictar disposiciones generales, verdaderas leyes que equivalen a las leyes del Congreso y que pueden pasarse para su ejecución sin la aprobación del Congreso, claro que con la ratificación posterior del Congreso; pero por lo pronto se cumplen esas disposiciones así como se cumplen todas las resoluciones que tome la Dirección de Salubridad. Y la tendencia que hay en México, desde 1917 que se ha dado a las autoridades sanitarias la organización que acabo de expresar, ha sido diferenciar de una manera absoluta beneficencia, de higiene, de un modo terminante. Las conclusiones de trabajos que he tenido el honor de presentar esta tarde son terminantes a este respecto: Nos ocupamos de problemas de higiene sin vincularlos para nada a problemas de beneficencia. Y la razón de que en México sea un departamento de Estado el que tiene a su cargo la higiene es que no se trata de una función política, sino técnica. Al frente del Departamento de Salubridad de México no puede estar sino un médico, un médico que no requiere para ser nombrado que sea miembro del partido gobernante, sino

que basta con que sea un médico de confianza del Presidente de la República.

Por lo que respecta a los presupuestos, no tengo inconveniente en que la asamblea no adopte el sistema de porcentajes. Me parece mejor un sistema de estudio que un sistema perfectamente definido, así que por lo que hace a los porcentajes, retiro el voto que había formulado.

El Sr. PRESIDENTE. El asunto se debatirá luego y se votará punto por punto como corresponde, pero como estamos trabajando desde muy temprano, creo prudente que pasemos ahora a intermedio para reanudar luego las deliberaciones.

A las 18 y 50 horas (6:50 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Continúa la sesión.

Por si alguno de los señores Delegados no hubiera estado presente al principio de esta sesión—por lo pronto recuerdo que el señor Delegado de Bolivia no lo estaba—quiero explicarles que, al poner a consideración varios acápite de nuestro programa, ello tuvo la siguiente razón: al hablar de organización sanitaria, por ejemplo, ocurre que está íntimamente ligada a la coordinación de servicios sanitarios, provinciales y municipales en todos los países de régimen federal de gobierno, de modo que son dos cuestiones absolutamente conexas. Igualmente ocurre con la asistencia hospitalaria, con relación a los servicios de sanidad pública. Se explica, entonces, la conveniencia de considerar esos puntos conjuntamente, en general, para luego votar particularmente las conclusiones sobre cada uno de ellos.

El primer punto, a mi juicio, que debemos ahora tratar, es el relativo al presupuesto de sanidad “per cápita.” Como varios señores Delegados se han opuesto a ese sistema, pienso que antes de votar el proyecto del Dr. González—que en realidad es de estudio, puesto que aconseja que la Oficina Sanitaria Panamericana lo estudie—la asamblea debe pronunciarse sobre si cree que el criterio “per cápita” es el que debe servir para establecer los presupuestos de sanidad. Si así lo entiende, entonces vendrá bien la recomendación de que lo estudie la Oficina Sanitaria; si cree que no, es inútil hacer la recomendación. Creo, pues, que lo que corresponde es votar si se entiende que el criterio de tanto “per cápita” debe ser la base del presupuesto de sanidad.

Dr. ROJAS (Bolivia). Agradezco al señor Presidente la amabilidad de ponerme al corriente de lo ocurrido en la primera parte de esta sesión y voy a dar mi voto concreto en este sentido: en mi concepto, dictar una pauta de criterio financiero a los gobiernos, no corresponde a una asamblea científica como la nuestra. El criterio financiero debe ser absolutamente independiente en cada país, y cada uno de ellos decidirá sobre la forma más conveniente de encararlo.

Ahora, los financistas, en general, están de acuerdo en que el sistema "per cápita" es el más antiguo y menos apropiado con respecto a la justicia de las cargas públicas. Entonces, a fin de evitar que haya discusiones o críticas sobre la adopción de tal o cual sistema por esta asamblea, sería preferible que se hiciera una recomendación general a los gobiernos para que adopten el criterio financiero que encuentren más conveniente para la ejecución de sus respectivos presupuestos.

El Sr. PRESIDENTE. Debo decir al señor Delegado que se han propuesto ya otros criterios, como por ejemplo, el de un porcentaje de sanidad en los presupuestos, porcentaje creciente de año en año, o simplemente la recomendación de que los presupuestos de sanidad sean lo más amplios posible y, si así se pudiera establecer, crecientes. De manera que correspondería votar, en primer término, si se acepta o no criterio "per cápita."

Dr. ARROYO (Guatemala). Me adhiero en absoluto a la proposición del señor Delegado de Bolivia.

El Sr. PRESIDENTE. Se va a votar, pues, si la asamblea acepta o no el criterio "per cápita."

Se vota y, con excepción del voto de la Delegación uruguaya, se rechaza la proposición por la unanimidad de los demás delegados presentes.

El Sr. PRESIDENTE. Queda rechazado, en consecuencia el criterio "per cápita."

Hay otro punto de los que han sido concretados en votos: es el del señor Delegado de Chile, Dr. Coutts.

Por su parte, los señores Delegados de México convinieron hoy conmigo en que las resoluciones por ellos propuestas deberían ser objeto de algunas reformas, con el fin de presentar otras conclusiones más concretas.

Dr. MIRANDA (México). Las resoluciones propuestas por el Lic. Vázquez Pérez son las conclusiones de su trabajo. Las había redactado con ese criterio y no con el ánimo de proponer para ellas un voto. Pero, en esencia, si algún voto hubiera, es el que en ese trabajo se propone y que, condensado, dice así:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los respectivos países en donde las resoluciones de los problemas de salubridad estén encomendadas a autoridades de diversa índole, se esfuercen por la coordinación de todas sus actividades de orden sanitario, bajo una orientación técnica común, incluyendo en ellas, si es posible, aún a las agencias particulares.

El Sr. PRESIDENTE. Primeramente vamos a votar la proposición del Dr. Coutts y luego consideraremos el voto a que acaba de hacer alusión el señor Delegado de México. El voto del Dr. Coutts, con una pequeña modificación que me ha hecho introducir, dice así:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los gobiernos cuya organización política no se oponga a ello, la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública, beneficencia y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública a base de la creación de unidades de asistencia y prevención.

Esto es lo que ahora está en discusión.

Dr. ROJAS. Desearía pedirle al señor Delegado de México me explicara en qué consisten esas agencias particulares que deberían incorporarse al organismo central.

El Sr. PRESIDENTE. Primero vamos a considerar el voto propuesto por el Dr. Coutts.

Dr. ROJAS. Me parece que las dos proposiciones son conjuntas.

El Sr. PRESIDENTE. No, señor Delegado: la del Dr. Miranda se refiere a la coordinación de los servicios federales, estatales y municipales de sanidad, y esta otra a la reunión de la asistencia e higiene bajo una misma autoridad.

Dr. MIRANDA. Reflexionando bien sobre la proposición del señor delegado Dr. Coutts, yo encuentro que, por muchas que sean las razones en favor de la reunión en una sola autoridad de las agencias sanitarias y las agencias de asistencia, el objeto que se persigue puede lograrse por otros medios que no son el que se propone. Claro está que no hay una sola cosa que escape a la necesidad de la coordinación. No se puede, por ejemplo, construir en la actualidad una represa para irrigación sin que se tenga en cuenta la opinión sanitaria; no se puede proceder a una obra pública cualquiera sin tener en cuenta la opinión de los técnicos. Así, no es conveniente manejar la asistencia social sin que se tenga en cuenta la opinión de las autoridades sanitarias.

Los inconvenientes de la bifurcación de los dos servicios—sanitarios y de asistencia—son claros. La asistencia pública todavía no puede despojarse del concepto de simpatía, de amor, de caridad; y muchas veces se ve, por ejemplo, que se construyen demasiados hospitales para niños cuando el interés sanitario sería tal vez que se construyeran más sanatorios para tuberculosos, para leprosos, etc. Pero esto puede subsanarse perfectamente mediante la coordinación de diversas autoridades. Siempre que haya cooperación entre ellas, verdadera cooperación, es posible que vivan en el país, una al lado de otra, una autoridad sanitaria y una autoridad de asistencia. Necesitaría demostrarse que sólo por la fusión de estos dos organismos en uno solo es que pueden marchar bien las cosas. Que pueden marchar bien independientemente está demostrado en los Estados Unidos. Creo que aún cuando se hayan producido en los Estados Unidos muchas extravagancias en cuestión de gastos de hospitales, lo que ha redundado en su excesivo costo—materia que ha sido motivo de estudios muy importantes en estos últimos tiempos—sin embargo, se han logrado los fines sanitarios conexos con los de asistencia social, dejando que la asistencia se haga por agencias privadas o de Estado. No es indispensable, pues, que se reúnan en una sola autoridad asistencia y salubridad.

En nuestro país, las agencias privadas sostienen cierta cantidad de hospitales, pero la mayoría son oficiales. Se han notado algunas

duplicaciones de servicios, algunos errores en la aplicación de los fondos; pero todo esto se trata precisamente de obviar mediante una ley de coordinación, de tal manera que todos los servicios que tengan relación con la salubridad deban cooperar, coordinar con la salubridad en la resolución de los problemas higiénicos.

Reconociendo, entonces, perfectamente las relaciones que existen entre la sanidad y la asistencia, creo que no es indispensable esa fusión de autoridades, y que pueden lograrse los mismos fines tratándose de dos autoridades, no completamente independientes sino que coordinan sus esfuerzos.

A continuación, hace uso de la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos Dr. Cumming, cuya exposición, pronunciada en idioma inglés, traduce el Dr. Lloyd en los siguientes términos.

Dr. LLOYD. Ha manifestado el Dr. Cumming que estamos de acuerdo con la idea de que se deben coordinar todos los trabajos en pro de la salud pública y unirlos bajo una dirección de sanidad, con excepción de las agencias privadas. Estamos de acuerdo en que, salvo las agencias privadas, deben coordinarse los demás servicios de salubridad; pero no podemos convenir en que las agencias privadas, al menos en los Estados Unidos, deban estar bajo la dirección de la autoridad sanitaria.

Ha agregado el Dr. Cumming que se presentan a la Conferencia algunas resoluciones a cuya aplicación en otros países no desea oponerse la Delegación de los Estados Unidos, mas que no pueden aplicarse en los Estados Unidos. El voto recaído en esas resoluciones presupone, pues, que puedan cumplirse en otros países, aunque no en los Estados Unidos.

Dr. NÚÑEZ. Simplemente quiero decir que todas estas cosas tienen que aplicarse con un criterio local; que en los países de régimen federal—como lo hace notar la Delegación de los Estados Unidos—no es posible que la sanidad incorpore al mismo tiempo la asistencia pública. Tampoco es posible aquí, en la Argentina. Pero hay otros países, como Costa Rica, donde todos los hospitales y las instituciones de salud pública son sostenidas exclusivamente por el Estado y, sin embargo, esas instituciones tienen un carácter tal de autonomía que no le permiten al gobierno el menor control. Desde ese punto de vista, que es en el que se ha puesto el señor Delegado de México, estoy perfectamente de acuerdo con él.

Por otra parte, creo que si la sanidad tiene que coordinarse con el régimen hospitalario—tanto más después de la Conferencia de Atlantic City, en que se han atribuído felizmente otras funciones a los hospitales, asignándoles, por ejemplo, funciones de medicina preventiva, de formación de asistentes sanitarios, y de visitadoras sociales—todas estas cosas tienen que estar, en una forma u otra, bajo la dependencia de la dirección de sanidad. Yo doy mi voto, por ese motivo, a la proposición de la Delegación chilena.

Dr. MIRANDA. Las cuestiones relativas al otro punto de la proposición mexicana, se podrán discutir después. Entonces contestaré las alusiones del Dr. Cumming.

El Sr. PRESIDENTE. Continúa la discusión sobre el voto propuesto por el Dr. Coutts. Si ningún señor Delegado va a hacer uso de la palabra, me voy a permitir hacer algunas consideraciones.

Creo que esta vinculación de la salubridad con la asistencia es, la menos para nuestros países de Sud-América, de mucha importancia, y por eso he celebrado como una victoria el hecho de que en el Uruguay hayan concentrado en una sola dirección la asistencia y la sanidad.

Considero que hay actualmente una cantidad de cuestiones de profilaxis que no pueden separarse de la asistencia. Por ejemplo, la tuberculosis es esencialmente una cuestión de asistencia, la profilaxis para los sanos empieza por ser separación y asistencia de los enfermos. Lo mismo ocurre con las enfermedades venéreas, el paludismo y la anquilostomiasis. La profilaxis es, ante todo, la asistencia de los enfermos. La lepra no se concibe sin la colonia correspondiente para asistir los leprosos y aislarlos. Podría traer como ejemplos muchos casos más, pero me parecen suficientemente claros éstos que he citado.

En los Estados Unidos tienen razón cuando sostienen que las instituciones privadas no deben estar bajo el mismo régimen que las otras, porque allí se ha producido un magnífico florecimiento de esas instituciones privadas que han llenado al país, diría, de hospitales y servicios de asistencia; pero en los otros países de América no ocurre lo mismo. Entre nosotros, por ejemplo, hay muchas instituciones de beneficencia que sostienen hospitales u otros organismos de asistencia, pero conviene decir que se sostienen principalmente a base de las subvenciones del Estado, y por consiguiente es de la mayor importancia que estén bajo el control del mismo. Tan se ha creído así que nuestro Ministro de Relaciones Exteriores ha presentado hace poco un vasto plan de asistencia social, dado que es ese Ministerio el que administra los subsidios a esas instituciones de beneficencia que, repito, no podrían vivir o no podrían sostenerse, sin esas subvenciones. No es posible, pues, que ellas estén simplemente bajo un contralor teórico, sino que es natural que tengan un verdadero contralor efectivo de parte del gobierno.

Podría citar un nuevo ejemplo concreto de lo que ocurre en nuestro país. El Departamento Nacional de Higiene tiene a su cargo la asistencia pública en los Territorios nacionales. En varios de estos hay hospitales importantes que no dependen del Departamento Nacional de Higiene, y éste, entonces, tiene que pedir, como un servicio, a las autoridades de quien dependen aquellos establecimientos que les reciban los enfermos que necesitan ser asistidos. Este es un estado de anarquía que naturalmente no debe continuar. Sin

quitar autonomía a las instituciones importantes que ya la tienen—entre nosotros podría citar el caso de la Sociedad de Beneficencia, que administra grandes hospitales, en parte con subvenciones del Estado, y que los administra muy bien—sin quitarles, digo, autonomía, es menester que haya sobre todas ellas, y con mayor razón sobre todos los servicios públicos, un contralor superior de parte de una autoridad sanitaria. Es por eso que creo firmemente, en principio, que los servicios de higiene, sanidad y asistencia deben estar bajo una sola autoridad. Ese régimen me parece recomendable y necesario.

Tal vez al voto propuesto por el Dr. Coutts sería preferible que le retiráramos la palabra “beneficencia,” y que dijéramos solamente “que los servicios de asistencia social y sanidad deben estar bajo una misma autoridad.”

Bien ha dicho el Dr. Lloyd que un voto de esta naturaleza no podría aplicarse en su país, pero por mi parte entiendo que en la mayoría de los países sudamericanos, él sería de positivos beneficios.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Pido la palabra, para referirme precisamente a ese punto de la asistencia privada, por cuanto en nuestro país se ha hecho experiencia en ese sentido.

En virtud de disposiciones de la ley de asistencia pública, ésta se apropió de todos los hospitales de campaña. Con eso, indudablemente, se consiguió uniformar todos los servicios, pero en cambio se pusieron de manifiesto algunos inconvenientes. La administración de esos hospitales por el Estado resultó mucho más cara. En segundo lugar, se privó a la asistencia pública de las contribuciones de las instituciones privadas y de los vecindarios de los lugares en donde estaban instalados los hospitales. Muchas veces se privó a la asistencia pública y a la obra de protección social, de la colaboración privada, y ya sabemos que la asistencia y las obras de higiene necesitan en todas partes el concurso privado.

Creo que el tema es bastante delicado y que se pueden rozar intereses particulares, de todo punto de vista respetables. De modo que yo no me opongo a lo que decía el Dr. Aráoz Alfaro, de que se establezca una especie de contralor sobre esas instituciones, pero me parece que la forma propuesta por el señor Delegado de México no es muy conveniente, por cuanto no se hace ningún distinguo, sino que se habla de una especie de absorción.

Por otra parte, hay instituciones privadas muy serias e importantes y que sostienen hospitales: me refiero a las colonias extranjeras. El caso de las colonias italiana y española ofrecería un problema muy serio. Se pueden vigilar y controlar los hospitales que ellas sostienen, pero creo que hay utilidad en que continúen esas obras.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero aclarar, aunque me parece que ya dije, que hay ventaja en dejar que esas instituciones sigan siendo

autónomas y sigan prestando sus servicios; sólo se establecería un contralor sobre ellas y una orientación general.

Y quiero agregar algo más con respecto a este mismo asunto: en la Capital de nuestra República, el señor Director de la Asistencia Pública, Dr. Obarrio, aquí presente, es al mismo tiempo Director de la Asistencia Pública y de la Administración Sanitaria. Tiene a su cargo las dos funciones, pudiendo hacer en el caso de la tuberculosis por ejemplo, la unión entre la sanidad y la asistencia, que ha dado muy buenos resultados. Lo mismo quiero para la Nación. Creo que las instituciones respetables que han hecho sus propios hospitales y que tienen capacidad financiera, deben seguir siendo autónomas, pero actuar simplemente bajo un contralor superior.

Dr. MIRANDA. Quiero decir que estaría de acuerdo con el voto del Dr. Coutts, si en él se expresara más claramente que esa disposición se aplicaría no sólo en aquellos países donde su constitución política lo permita, sino también en aquellos otros donde se vea que convenga.

Dr. PAZ SOLDÁN. Y quién juzga acerca de la conveniencia? Nosotros podemos simplemente resolver acerca de lo conveniente, que se ha de adoptar o no, por cuanto debemos tener un criterio superior a las autoridades locales. Nosotros enunciamos una doctrina y cada país la adoptará o no, pues no podemos hacer una legislación de acuerdo con la situación de cada caso particular.

El Sr. PRESIDENTE. Me permito observar a los señores Delegados que el voto significará simplemente una invitación a los gobiernos, cuya organización política no se oponga a lo que él propone.

Dr. MASI (Paraguay). La Delegación del Paraguay aplaude el voto del Delegado del Chile y se complace en manifestar que en el Paraguay desde 1918 ha sido alcanzado ese desiderátum: la administración de higiene y la asistencia pública están en manos de una sola dirección. No es un ministerio porque nuestra Constitución no permite mayor número de ministerios que el actual, pero viene a ser una especie de subsecretaría que actúa no sólo como asesoría técnica de Gobierno sino que tiene el control de todo lo relativo a la defensa de la salud pública y a la asistencia social.

El Sr. PRESIDENTE. Si el Dr. Coutts lo permite suprimiríamos la palabra "beneficencia" y quedaría en la siguiente forma: "se permite recomendar a los gobiernos cuya organización política no se oponga a ello, la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y sanidad bajo una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del estado y robustecimiento de la salud pública." Creo que lo demás podría suprimirse.

Dr. OBARRIO (Argentina). Creo que sería interesante aclarar este punto, porque me parece que no es posible encuadrar el voto que se propone dentro del concepto que nosotros tenemos en el país

sobre la organización sanitaria y que ha sido el resultado de la Conferencia de Asistencia Social, además de que nuestro sistema político se opone. La aspiración nuestra es que en todas partes se pueda alcanzar unidad de acción, porque es la única manera de ser eficaz en materia de asistencia social y de profilaxis. Yo, que dentro de la organización argentina actual tengo una acción sumamente importante por tener el honor de ser Director de la Asistencia Pública de la Capital Federal, soy partidario acérrimo de la unidad de acción, es decir que conspiro contra mis propios intereses. Desearía para mi país la unidad de acción que es la única forma de poder coordinar todos los servicios técnicos, tanto los de profilaxis como la asistencia hospitalaria. Para ello tendríamos que adoptar en nuestro sistema político un método que no sería la reforma de la Constitución sino la celebración de pactos entre las distintas provincias. En el proyecto elevado al Congreso se tiende a la creación de una subsecretaría dentro de uno de los ministerios, es decir, que se procura encontrar dentro de nuestra organización política el medio de alcanzar esa unidad de acción. Por eso considero que en la forma que está redactado el voto está en contradicción con la opinión formulada por la Conferencia de Asistencia Social.

El Sr. PRESIDENTE. Si me permite al señor Delegado, le voy a aclarar que el voto propuesto por el Dr. Coutts dice "los países cuya organización política no se oponga."

Dr. OBARRIO. Pero la nuestra se opone.

Dr. COUTTS. Cuando yo propuse este voto pensé justamente que este voto que interesa a la mayor parte de los países de Latinoamérica iba a encontrar la oposición de Estados Unidos de América y de México, por cuanto su constitución política no les permite la realización de este desiderátum. Y no tomé en cuenta como posible opositora a la Argentina, precisamente porque, gracias a la gentileza del señor Ministro, tenía conocimiento de la nueva legislación que se proyecta, que aguarda la aprobación de las Cámaras. De manera que en principio yo consideraba eliminados a los Estados federales donde es muy difícil llevar a la práctica la unificación de las autoridades; pero como las Repúblicas sudamericanas somos en gran mayoría estados unitarios, creo que en éstos es muy fácil de llevar a la práctica la recomendación propuesta. No tengo inconveniente, después de escuchar la palabra de los señores delegados de Estados Unidos y de México cuya oposición como he dicho descontaba, que se retire del voto la parte que hace referencia a la organización política, para que podamos tener la adhesión de la delegación argentina.

El Sr. PRESIDENTE. Se borraría entonces "cuya organización política no se oponga?"

Dr. COUTTS. Eso se borraría.

El Sr. PRESIDENTE. Se va a leer como queda.

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los Gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia social y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública.

Voy a pedir el voto a las delegaciones por su orden.

El señor Secretario Dr. Zwanck solicita a las delegaciones su voto por Si o por No, y en el curso de la votación se hacen las siguientes aclaraciones:

Dr. LIMA (Brasil). En el Brasil nosotros tenemos una Dirección Nacional de Salud y Asistencia Médico-Social, administrada por el Departamento de Salud Pública.

Dr. RAMOS (Cuba). Voto favorablemente, dejando constancia que en Cuba están vinculados ambos servicios en la forma que se pide.

Votan por la afirmativa las siguientes Delegaciones: Brasil, Uruguay, Argentina, Estados Unidos de América, Costa Rica, Paraguay, El Salvador, Cuba, Nicaragua, Ecuador, Perú, Panamá, Chile, Guatemala, México, República Dominicana y Bolivia.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. La recomendación ha obtenido 17 votos, o sea la unanimidad de las Delegaciones presentes.

El Sr. PRESIDENTE. Como las resoluciones deben votarse por dos tercios, hago constar que esta unanimidad representa más de dos tercios del total de delegaciones.

Se va a dar lectura del voto propuesto por la Delegación de México.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (leyendo):

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los respectivos países en donde la solución del problema de salubridad esté encomendada a autoridades de diversa índole, se esfuercen por la coordinación de todas sus actividades de orden sanitario, bajo una orientación técnica común, incluyendo en ellas, si es posible, aún a las agencias particulares.

Dr. PAZ SOLDÁN. Me parece excelente el voto, pero en lugar de la palabra "agencias" yo propondría "instituciones privadas o particulares."

Dr. MIRANDA. Me permito insistir en mi proposición. Cuando se habla de coordinación, se respeta la diversidad de mandos. Yo soy partidario de la coordinación de todas las instituciones, pero no lo sería de que la jurisdicción cayera bajo un solo mando. Creo que en los Estados Unidos es donde se ha presentado precisamente el problema más difícil, que hace urgente la coordinación de los servicios privados.

Yo me imagino la situación de un ama de casa que a las diez de la mañana es visitada por una enfermera de la Asociación Nacional de Tuberculosos; a las 10:30, por una visitadora social; a las 11, por una enfermera del servicio de enfermedades venéreas, por ejemplo, y así sucesivamente. Todas esas agencias, autoridades o instituciones, están obrando de una manera inconexa en absoluto, sin tener en cuenta cada una de ellas lo que hacen las demás. Y con ese sistema no podría llegarse jamás a los resultados que se obtendrían mediante una coordinación.

En Estados Unidos, por ejemplo, existe un fenómeno interesante: muchas veces son las instituciones privadas las que marcan rumbos al gobierno; en muchas ocasiones el criterio científico que se aplica, es el que ha dado una institución privada. Ningún gobierno tendría allí inconveniente en aceptar como conclusiones muy buenas las que como, por ejemplo, está sacando el Instituto Rockefeller de Investigación.

Pero, repito, a mi juicio, cuanto mayor número de instituciones intervengan en las investigaciones, mejor; mas para poner en práctica los principios científicos, conviene la coordinación o cooperación. Quiero aclarar bien al Dr. Cumming que en modo alguno esta proposición tiende a someter las instituciones privadas a un solo mando, sino simplemente a que las distintas actividades se unan para lograr un resultado mejor.

El Sr. PRESIDENTE. Se va a votar la proposición del señor Delegado por México.

Se procede a la votación nominal, resultando aprobada la proposición por unanimidad.

El Sr. PRESIDENTE. Corresponde continuar considerando la proposición del Dr. Paz Soldán; pero como los señores Delegados de los Estados Unidos tienen alguna dificultad en captar con exactitud la lectura, prefieren que los votos se presenten por escrito, y si el Dr. Paz Soldán estuviera de acuerdo, podría copiarse y repartirse su proposición en la sesión de mañana, levantando ahora la sesión.

DEMOGRAFIA SANITARIA

Dr. ROJAS. Antes de que se levante la sesión, voy a dar lectura a una proposición concreta, conforme a las ideas generales que expuse en la sesión anterior, acerca de la uniformación de los vocablos demográficos.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en consideración la importancia de adoptar bases uniformes para las investigaciones demográficas continentales, a fin de hacerlas comparables y obtener de ellas el material estadístico que requiere la administración sanitaria de los pueblos.

RESUELVE:

Recomendar a los pueblos americanos la adopción del siguiente plan para la uniformación del servicio demográfico continental:

1°. La realización decenal de censos de la población en fechas o épocas en lo posible simultáneas o aproximadas, a fin de que los datos censarios constituyan una fuente de información y comparación común.

2°. La adopción de una ficha demográfica internacional, uniforme, en la que se anotarían los movimientos de la población en cada país y se centralizarían anualmente en la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington.

3°. La ficha demográfica internacional contendrá, con carácter obligatorio, los siguientes datos:

- a) Mortalidad mensual y anual, con anotación del exponente respectivo sobre cada 100,000 habitantes.
- b) Causas clasificadas de mortalidad, con el porcentaje correspondiente al total de las defunciones.
- c) Mortalidad infantil, sus causas clasificadas y el porcentaje de supervivencia.

- d) Natalidad y su proporción sobre 100,000 habitantes.
- e) Nupcialidad y divorcio, con referencia proporcional sobre 100,000 habitantes.

4°. Dentro de los primeros tres meses de cada año, las oficinas demográficas de las naciones americanas enviarán a la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington la ficha demográfica correspondiente al año inmediatamente anterior, a cuyo efecto dicha Oficina proveerá a los países americanos de formularios especiales, uniformes, debidamente preparados, con los detalles de las investigaciones demográficas que interesan a la estadística común de América.

El Sr. PRESIDENTE. Como la proposición del señor Delegado de Bolivia es bastante extensa y muy comprensiva, se copiará también y se distribuirá a los señores Delegados para que puedan estudiarla.

Dr. PAZ SOLDÁN. Rogaría a la Mesa que fijara de antemano los temas a tratar, porque a menudo nos vemos obligados a improvisar. Sería interesante que se fijara el programa de mañana.

El Sr. PRESIDENTE. La Presidencia ha seguido a ese respecto la práctica establecida en la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, de la que algunos de los presentes somos miembros, como el Dr. Cumming, donde se consideran por su orden numérico los asuntos: terminado uno, se continúa con otro.

Dr. PAZ SOLDÁN. Se trata, señor Presidente, de limitar los temas para la sesión de mañana; porque, de lo contrario, vamos a tener que improvisar mociones que no habremos podido traer escritas.

El Sr. PRESIDENTE. Quedaría el tema VI, en el que no creo haya mucho interés; luego el tema X. El de Fiebre Amarilla podríamos dejarlo para cuando se haya expedido la comisión. Continuaremos con Paludismo y Enfermedades Tropicales.

Dr. SUSSINI (Argentina). Por ciertas circunstancias, creo que el asunto de la creación del Instituto de Medicina Tropical va a ser rápidamente resuelto. Ya tiene la Secretaría el proyecto.

El Sr. PRESIDENTE. Se considerará, entonces, el Instituto de Medicina Tropical, Paludismo y, si hay tiempo, continuaremos con las otras Enfermedades Tropicales.

Se levanta la sesión siendo la hora 19 y 55 (7:55 P. M.).

QUINTA SESION PLENARIA

VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DE 1934

15 y 40 horas (3:40 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión.

Invito al Señor Presidente de la Delegación de los Estados Unidos, Dr. Cumming, a ocupar la presidencia de honor.

Dr. CUMMING. Agradezco la gentil invitación del señor Presidente, pero me veo obligado a rehusarla, por no dominar bien el castellano.

El Sr. PRESIDENTE. Invito, entonces, al Dr. Núñez, Delegado de Costa Rica.

El Sr. PRESIDENTE. El señor Secretario dará lectura de dos telegramas recibidos, uno de ellos del Director del Departamento Nacional de Higiene de Colombia, Dr. Luis Patiño Camargo, formulando votos por el mayor éxito de la Conferencia, y el otro del Dr. Scoseria, de Montevideo, en respuesta al que se le enviara oportunamente con motivo del homenaje que se le tributó.

Se leen los telegramas.

La Secretaría dará cuenta también de una nota recibida del Comité Argentino Permanente de Aeronáutica.

NAVEGACION AEREA

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

Al Señor Presidente de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana: Dr. Don Gregorio Aróz Alfaro.

Encargado de ejecutar las resoluciones y votos de las Conferencias Nacionales de Aeronáutica, el Comité Argentino Permanente de Aeronáutica (C.A.P.A.), se ha impuesto con singular interés, de la obra trascendental para la higiene pública, que inician los Delegados a la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, y en especial, en cuanto uno de los temas que serán materia de sus deliberaciones, se vincula con un voto formulado por la Primera Conferencia Nacional de Aeronáutica, celebrada en abril del año ppdo. en la ciudad de Córdoba, ratificado por la segunda que se reunió en abril del corriente, en la de Mendoza.

El tema de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana a que me refiero, es la "Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea," elaborada por l'Office International d'Hygiene Publique y abierta a la firma, en la Haya, el 12 de abril de 1933; el voto de la Conferencia Nacional de Aeronáutica, es "Implantación y Desarrollo de la Aviación Sanitaria en la República Argentina."

No escapa al criterio del "C. A. P. A.," que habiendo entrado en vigor la Convención Sanitaria Internacional, la discusión se limitará posiblemente, a la conveniencia de aceptarla o no, y que la alta autoridad de la IX Conferencia excluye la posibilidad de que pudiera hacerse la menor sugestión al respecto. Por otra parte, el examen siquiera sea somero del articulado, demuestra la meticulosidad con que han sido resueltas las múltiples y complejas cuestiones que presenta el problema de la aviación sanitaria internacional, en materia de navegación aérea y del acierto con que se ha llegado a ese término medio siempre arduo, que concilia dos situaciones casi antagónicas: el distanciamiento,

condición de la profilaxis de las enfermedades infecciosas y la vinculación estrecha y rápida, antecedente esencial en aeronáutica.

No es, pues, este aspecto del problema, el contemplado por las Conferencias Nacionales de Aeronáutica, ni, en consecuencia, el motivo de la presente.

No se trata del avión, posible vehículo de gérmenes nocivos, por haber iniciado el viaje o hecho escala en lugares infectados, contra el que es necesario tomar medidas de defensa, sino del avión utilizable como medio de transporte, que puede llevar, en breve término, elementos de profilaxia a esos mismos lugares; del avión que aprovisiona y salva millares de personas en inminente peligro, a consecuencia del terremoto de California, o las inundaciones del Misisipi; del que provee de suero a Persia, Hanóver, y a Santa Isabel, castigados por el cólera, el tifus o la difteria; del avión que lleva heridos a los hospitales de retaguardia en las campañas de Africa; del avión ambulancia que transporta a un enfermo grave a una sala de operaciones o del avión, que, provisto de los elementos necesarios, conduce al Facultativo para que intervenga en el propio lugar en que se encuentra el paciente; del avión, en una palabra, que ostenta en sus flancos la cruz santa de Ginebra.

Es indudable, que esta faz de la aviación sanitaria, no está contemplada en forma expresa en el programa de la IX Conferencia, porque no figura como tema especial a considerar, pero lo es, asimismo, que la aviación sanitaria desempeña o está llamada a desempeñar, un papel de trascendental importancia, como elemento valiosísimo de asistencia al herido o enfermo, y, en ese aspecto, está comprendida, sin duda, en el programa de la Conferencia; pero aunque así no fuera, no constituiría ello un obstáculo para que se considere un aspecto de la aviación sanitaria, de capital interés en países como el nuestro, de gran extensión territorial y de escasa densidad de población y en que los medios de comunicación son deficientes, ya que un sentimiento humanitario lo anima; el mismo sentimiento humanitario que constituye la médula de los problemas que debe considerar la IX Conferencia, que se inicia con el aplauso fervoroso de todo aquel que alberga un corazón que late más aprisa ante el dolor que, no por ser de otro, lo considera atento; sentimiento humanitario que ha de primar sobre cualquier sutileza, motivada por una interpretación estrecha del programa de la IX Conferencia, hipótesis que excluye, sin duda, la elevación de miras de los señores Delegados.

Conoce el Comité la excepcional versación de los señores Delegados y ello lo exime de insistir acerca de las múltiples aplicaciones de la aviación sanitaria, que hacen apremiante su implantación y desarrollo en Estados de las características del nuestro. Solo se permite recordar que, si se trata de un problema resuelto en algunos estados americanos y en la mayor parte de los europeos, especialmente en Suecia, donde en sólo dos años los aviones sanitarios han transportado 6,000 enfermos, y en Checoslovaquia, Polonia y Colonias Francesas del Norte Africano, donde tales servicios funcionan normalmente, no puede haber un motivo serio para que en nuestro país, y en los de análogas características, ese servicio se mantenga liberado a la buena voluntad que nunca falta en instituciones oficiales y privadas y aún en simples particulares, pero que no puede ofrecerse sino en forma circunstancial y precaria, por falta de una sistematización metódica, que sea fruto de una organización adecuada.

El Comité alentado por el voto de la Primera Conferencia Nacional de Aeronáutica a que he hecho mérito, que formuló el Dr. Nicolás Lozano, y aprobó la Comisión de Medicina de Aviación integrada por los Dres. Julio D'Oliveira Esteves, Agesilao Milano, Luis A. Rosignoli, Santiago Costa, Rafael Hernández Ramírez, Juan R. Beltrán y Nicolás Lozano; por el voto de la Segunda Conferencia, que aprobó los trabajos de los Dres. Julio D'Oliveira Esteves y Dr. José Raúl Delucchi y del Ing. Alberto R. Mascías, relacionados con el mismo tema; y apoyado en la resolución de la Conferencia de Gobernadores de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja realizada en París en abril último, que ha puesto en conocimiento del Comité el mismo Ing. Mascías, Delegado de la Cruz Roja Argentina y que dice: "La Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, participará o se hará representar por delegación en los diferentes Congresos Nacionales o Internacionales, en los cuales puedan ser tratados problemas relacionados con la Aviación Sanitaria o socorros aéreos," el Comité, repito, se permite sugerir al Sr. Presidente, se digne considerar la conveniencia de someter a examen de la Delegación Argentina, el proyecto de resolución que podría presentarse a la IX Conferencia, en la forma que indico a continuación:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, formula los siguientes votos:

1º. Que en los Estados de América, donde no funcionen regularmente los servicios de "Aviación Sanitaria," sean implantados a la mayor brevedad.

2°. Que esos servicios, se establezcan con la colaboración de la Cruz Roja, principalmente, y de Sociedades de Beneficencia, Socorros Mutuos, Aero-Clubs, Cías. de Navegación Aérea y cualesquiera otras que se consideren adecuadas para su mayor desarrollo y eficacia.

3°. Que entre las Aviaciones Sanitarias de los países americanos, se establezca una estrecha vinculación a fin de que puedan prestarse recíprocamente, llegado el caso, la asistencia indispensable o conveniente, para el cumplimiento de sus fines humanitarios.

Como un antecedente que permite ver de inmediato, la posibilidad de realización de los votos y la forma práctica de obtenerlos, adjunto copia de las proposiciones transmitidas, que esta expresa, a la Secretaría General de la Liga de las Sociedades de Cruz Roja y aprobadas por unanimidad y para demostrar el interés de la referida Liga de Sociedades de Cruz Roja, en la colaboración con los organismos internacionales de aeronáutica, en el dominio de la aviación sanitaria, acompaño, también, copia del proyecto de resolución presentado por el Barón Stjermstedt al Comité Ejecutivo de la Liga, que éste hizo suyo.

El Sr. PRESIDENTE. La nota pasará a la comisión primera, que se ocupa de la Convención Sanitaria y de Navegación Aérea.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). El Comité Argentino Permanente de Aeronáutica formula en esa nota un pedido que la Delegación del Perú ampara calurosamente. Si bien se trata de una cuestión particular, debe merecer toda la simpatía de la Conferencia. Por eso, la Delegación del Perú hace suyo el pedido y solicita que también lo apoyen las demás Delegaciones.

Debo declarar, además, que he conversado sobre el particular con algunos señores Delegados, y todos han coincidido conmigo en que se trata de un asunto contemplado magníficamente por el Comité Argentino Permanente de Aeronáutica. Deseo dejar constancia de la satisfacción de nuestra Delegación por ese trabajo. Y al mismo tiempo, como se trata de un asunto ya ampliamente debatido y que sin duda ha de ser resuelto rápidamente, pues no creo que haya modificaciones fundamentales que hacer, hago indicación de que la proposición pase a la Comisión de Votos y Resoluciones. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Habiendo asentimiento general, pasará a la Comisión de Votos y Resoluciones.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Me parece que la nota leída dice en uno de sus párrafos “. . . de la Cruz Roja principalmente . . .” Me permito sugerir a la comisión que tratará el asunto que sería conveniente se suprimiera la palabra “principalmente,” dadas las condiciones especiales de algunos países. Por ejemplo, en el Uruguay, la Cruz Roja no es la institución más indicada para ese objeto, porque está en dificultades con el gobierno. Allí podría ser la Asistencia Pública. La misma dificultad que hay en mi país puede existir en cualquier otro.

El Sr. PRESIDENTE. La Comisión tendrá en cuenta la indicación del señor Delegado.

Se han distribuido a los señores Delegados los votos propuestos por las Delegaciones del Perú y de Bolivia. Se refiere el primero a magistratura sanitaria y ministerio de salud pública; y el se-

gundo, a demografía y sanidad. La Conferencia decidirá si deben votarse ahora, o si sería preferible dar tiempo a los señores Delegados para un estudio más detenido, votándolos posteriormente. La Presidencia se permite aconsejar este último temperamento. (*Asentimiento.*)

El Sr. PRESIDENTE. Habiendo asentimiento, así se hará.

Continuaremos con la orden del día. Corresponde usar de la palabra al señor Delegado de Cuba Dr. Ramos, para referirse al proyecto de creación de institutos panamericanos de medicina preventiva y tropical.

INSTITUTOS PANAMERICANOS

Dr. RAMOS. Desearía que por Secretaría se diera lectura al proyecto.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

Considerando: que existen en distintos países del Continente Americano, Centros dedicados a la investigación y estudio en el dominio de la Medicina Preventiva y Tropical, los que vienen rindiendo una verdadera y eficiente labor pública;

Considerando: que la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana vería con gusto y entiende que tendría gran importancia la conexión de las Instituciones Científicas existentes en América que se ocupan de la investigación y enseñanza de las cuestiones de Medicina Preventiva y Tropical cuya más sólida cooperación puede y debe obtenerse por su agrupación como Instituciones Panamericanas;

Considerando: que el octavo punto de los asuntos a tratar por la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana (Enfermedades Tropicales. Creación del Instituto de Medicina Tropical "Carlos J. Finlay," de la séptima Conferencia Internacional Americana) podría resolverse por la resolución que sigue, la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, RESUELVE: Facultar a la Oficina Sanitaria Panamericana para que fije las normas y establezca las condiciones en que las instituciones que así deseen deban inscribirse en dicha Oficina como instituciones panamericanas de investigaciones científicas, enseñanza sanitaria, y de estandarización de productos de aplicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Dr. RAMOS. Fundamentaré la proposición en forma brevísima. Oportunamente la Delegación de Cuba sometió a consideración de la Conferencia Internacional Americana, realizada en Montevideo, la creación del Instituto Tropical "Carlos J. Finlay," la que resolvió dejar el asunto para la presente Conferencia. La actual Delegación de Cuba, después de haber estudiado detenidamente el asunto, y teniendo en cuenta las observaciones formuladas en la conferencia de Montevideo, ha resuelto presentar la proposición de que acaba de darse cuenta, que espera tendrá el honor de ser sancionada.

El Sr. PRESIDENTE. Como se trata de una proposición directamente vinculada con la acción de la Oficina Sanitaria Panamericana, ofrezco la palabra al señor representante de dicha Oficina, Dr. Long.

Dr. LONG. Diré, simplemente, que considero muy interesante la proposición de la delegación de Cuba y que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá el mayor placer en dar cumplimiento a lo indicado en la misma.

El Sr. PRESIDENTE. Como no hay observación, la Presidencia entiende que hay asentimiento y que es innecesaria la votación. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Queda entonces aceptada.

Dr. RAMOS. Una vez aceptada esta proposición, yo me voy a permitir formular otra que la complementa y es la siguiente:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana vería con gusto que se continuaran las gestiones que vienen realizándose para constituir la Asociación Sudamericana de Salubridad, e indica la conveniencia de que ésta constituyera con la American Public Health Association, la Asociación Panamericana de Salubridad (Pan American Public Health Association) coordinadora de ambas, que podría reunirse periódicamente al mismo tiempo que las conferencias sanitarias panamericanas.

Yo he sabido que había ya trabajos bastante adelantados emprendidos por los Dres. Sordelli, de la Argentina y Suárez, de Chile, para constituir una unión entre los distintos investigadores y médicos que se ocupan de cuestiones sanitarias en Chile, Uruguay, Brasil, la Argentina y el Perú, a quienes iban a invitar posteriormente. Entonces me pareció que era una buena oportunidad para que la Conferencia alentara esas gestiones. He tenido oportunidad de hablar al respecto con el Dr. Emerson, Secretario de la American Public Health Association y le pareció buena la idea y me sugirió que, constituida la Sección Sudamericana de Salubridad, y estando ya constituida y trabajando con muy buen éxito la norteamericana, podrían reunirse periódicamente cada año o cada dos años, y luego las dos simultáneamente con la Conferencia Sanitaria. De esta manera tendríamos oportunidad de estudiar una porción de temas que no son de importancia desde el punto de vista de los tratados internacionales, pero que tienen interés científico, y que se podrían discutir al mismo tiempo que se discuten los temas propios de las Conferencias.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Se llamaría Sección Sudamericana? ¿Y Centro América?

Dr. RAMOS. Es que ya de la American Public Health Association forman parte Cuba y México.

Dr. SCHIAFFINO. Otra sugestión a propósito del título, es que sería mejor decir Sanidad que Salubridad.

Dr. RAMOS. Yo había puesto Salubridad porque el Dr. Suárez me sugirió ese término, pero no tengo inconveniente en que se sustituya por Sanidad.

Dr. LLOYD (Estados Unidos). La idea es crear una asociación nueva o aprovechar la existente?

Dr. RAMOS. Crear una asociación sudamericana que ya está en vías de formación, para coordinarla con la American Public Health Association.

Dr. LLOYD. Yo estoy muy conforme con la idea de que todos los países de América se unan en una asociación de salud pública. El inconveniente mayor para su funcionamiento sería acaso que

esas asociaciones se reúnen cada año y las Conferencias Panamericanas cada cuatro o cinco años. Yo creo que la American Public Health Association no tendría ningún inconveniente en invitar a los países de la América del Sur a mandar delegados. La idea es buena, es magnífica; pero en el fondo no sé si sería conveniente, mas se plantea sin darnos tiempo para pensar. Estoy muy en favor de la idea, pero no sé si la forma en que se presenta es la que debemos aceptar. Preferiría meditar acerca de la mejor forma de llevar a la práctica la idea, pero en principio estoy perfectamente de acuerdo.

Dr. RAMOS. Vamos a esperar que se estudie y podemos discutirla posteriormente.

El Sr. PRESIDENTE. Yo creo que la proposición del señor Delegado de Cuba, que como idea es excelente, no es propiamente cuestión de la Conferencia Sanitaria. Es simplemente un deseo.

Dr. RAMOS. Por eso se dice: "que vería con gusto."

El Sr. PRESIDENTE. Eso no puede comprometer a nadie, efectivamente; es una simple expresión de deseos.

Dr. SUÁREZ (Chile). Deseo hacer algunas aclaraciones sobre el voto presentado por el señor Delegado de Cuba. En Chile se ha fundado un Instituto Bacteriológico no hace más de cinco años. Hemos visto la gran importancia que tiene la conexión con entidades similares sudamericanas, y digo sudamericanas, porque por la latitud tenemos problemas muy semejantes la Argentina, Chile, Perú y Uruguay. Se ha efectuado prácticamente este intercambio a manera de colaboración amistosa, constantemente. Este año, en el mes de octubre aquí en Buenos Aires, tuve ocasión de conversar con mi eminente amigo el Dr. Sordelli acerca de la necesidad de formalizar este intercambio, en lo que está de acuerdo el Instituto Bacteriológico del Uruguay. A ese efecto celebramos una reunión en Montevideo en la que cambiamos puntos de vista generales y estuvimos de acuerdo en que sería conveniente que la idea fuera apoyada por la Conferencia Sanitaria Panamericana; pues no se trata solamente de intercambio entre técnicos y hombres de ciencia, sino de fomentar la creación de institutos bacteriológicos, exhortando a crearlos en los países donde todavía no los haya. Tal será el alcance de mi voto: Promover la creación de institutos en los países que todavía no los tienen, y entre los que los tienen, promover reuniones anuales o bianuales con el objeto de conocerse mutuamente y aprovechar mutuamente la experiencia recogida. Y esto será muy útil, porque todos sabemos perfectamente bien que entre nosotros no tenemos casi conexiones—más conexiones tenemos con los países de Europa—y que una vez establecida esa conexión podríamos tener una reunión anual o bianual para ocuparnos de los problemas por los cuales estamos trabajando en nuestros respectivos países.

Dr. SCHIAFFINO. Yo, como el señor Delegado que acaba de hacer uso de la palabra, acepto complacido la idea del Dr. Ramos, pero creo que la dificultad es la conexión con la American Public Health Association, porque si bien el señor Delegado de Cuba dice que la American Public Health Association acepta complacida la idea, eso tendría que ser materia de una invitación de la asociación, de la cual no podemos disponer nosotros.

Dr. LONG. Me parece que la idea es excelente. Esos intercambios son productivos y dan buenos resultados. Pero, como se acaba de manifestar, no veo qué conexión tiene la Conferencia Sanitaria con este asunto. Por otra parte, ya tenemos reuniones periódicas de Directores de Sanidad y Conferencias Sanitarias, de manera que sería más conveniente estudiar la posibilidad de conectar esta cuestión, directa o indirectamente, con algunas de las instituciones ya formadas, porque, de lo contrario, dentro de poco tendremos tantos congresos a que asistir que no podremos hacer nada práctico.

Dr. COUTTS (Chile). En Wáshington, en el año 1931, cuando se establecieron los temas para la Conferencia Sanitaria Panamericana que se está realizando actualmente en la ciudad de Buenos Aires, se fijaron algunos referentes a la organización sanitaria panamericana, llegándose a este respecto, en la reunión de Directores de Sanidad, al acuerdo que voy a leer, que recordarán muchas de las personas aquí presentes.

Con el objeto de mejorar las investigaciones científicas y médicas en la América, recomienda: 1) Que se facilite el intercambio de especialistas en diferentes actividades científicas, a fin de estudiar en los diversos países sus métodos de investigación médica; 2) que se concedan becas para ayudar a la educación de especialistas, o para su perfeccionamiento; 3) Que el intercambio científico se reglamente de tal manera que los individuos especializados, a solicitud del departamento interesado, puedan dictar conferencias en otros países; y 4) Que los institutos que fabrican sueros y vacunas, en casos de emergencia, se presten mutua ayuda.

Está esbozada ahí la constitución de una institución sanitaria panamericana.

El Sr. PRESIDENTE. Me permito insistir, señores Delegados, en que este asunto, en realidad, no corresponde a esta Conferencia.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). La Conferencia puede expresar un deseo.

El Sr. PRESIDENTE. No creo que haya inconveniente en expresar que la Conferencia vería con agrado eso.

Dr. ROJAS (Bolivia). Creo que el funcionamiento de una conferencia de esta índole, es igual al de cualquier otra conferencia parlamentaria. Orgánicamente los parlamentos tienen tres funciones: legislativas, de sugestión y políticas. Esta Conferencia puede llegar a cristalizar convenciones, lo que sería una acción legislativa; puede también llegar a hacer recomendaciones, y, finalmente, puede emitir votos, que sean la condensación de opiniones, de sugestiones, que se lanzan a la buena voluntad de los países. Dentro de este

concepto, me parece que la iniciativa del señor Delegado de Cuba es muy aceptable. Es un deseo, una opinión que una alta corporación, como la nuestra, emite a la buena voluntad de toda la América: si hay países que la encuentran conveniente y la aceptan, muy bien, y si no, no habremos perdido nada. Por esta razón, voy a apoyar la iniciativa del señor Delegado de Cuba.

El Sr. PRESIDENTE. Si el señor Delegado de Cuba entiende, como nosotros, que se trata simplemente de un voto expresando un deseo, creo que no puede haber ningún inconveniente. Como hay asentimiento general al respecto, podríamos seguir adelante.

Dr. LLOYD. Voy a dar lectura de la proposición:

Facúltase a la Oficina Sanitaria Panamericana para que fije las normas y establezca las condiciones en que las instituciones que así deseen deban inscribirse en dicha Oficina como instituciones Panamericanas de investigaciones científicas, enseñanza sanitaria, y de estandarización de productos de aplicaciones diagnósticas y terapéuticas.

El Sr. PRESIDENTE. En realidad, el Dr. Coutts, ha demostrado que eso ya ha sido hecho en la reunión de Directores de Sanidad. Pero ello no obsta para volver a hacerlo.

Dr. RAMOS. Ya está acordado que la Oficina Sanitaria Panamericana hará una especie de modelo de lo que debe ser un instituto digno de inscripción.

Por otra parte, creo lo siguiente: Nosotros nos reunimos en estas conferencias para tratar cuestiones puramente de gobierno; los Directores de Sanidad se reúnen para tratar cuestiones administrativas, y los institutos, cuando tengan carácter panamericano, podrán reunirse para tratar cuestiones de investigación.

En Estados Unidos, la American Public Health Association representa la reunión de médicos autorizados en asuntos sanitarios. He visto con gusto que aquí los Dres. Sordelli, de la Argentina, y Suárez, de Chile, tienen la idea de formar una asociación análoga, de manera que en caso de realizarse ese proyecto, podría conectarse esa asociación con la American Public Health Association, o bien en vista de las dificultades que habría para reunirse todos los años juntas, reunirse por separado cada uno o dos años, y juntas cada cuatro o seis años. Eso traería la ventaja de que se trasladarían a esas asociaciones muchos problemas que no competen a las Conferencias Sanitarias Panamericanas, por la función especial que tienen éstas. En esta forma tendríamos conectadas todas las cuestiones sanitarias en todos sus aspectos. Por eso me parece buena la idea.

Propondría, entonces, ya que está aceptada la idea, que se dejara la redacción definitiva al Dr. Lloyd, que tiene mucha práctica, y que luego se sometiera a la consideración de la Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. Muy bien. (*Apoyado.*)

Dr. RAMOS. Hay otra cuestión a la que deseo referirme, que es simplemente de técnica, y es la siguiente: que en el lugar donde

la conferencia tenga lugar se puedan hacer exposiciones. Desde el punto de vista de los departamentos de sanidad de los países, es conveniente traer libros o artículos para mostrar la organización y el funcionamiento sanitarios. Me parece que sería una ventaja que en las conferencias hubiera facilidades a este respecto. La proposición, entonces sería la siguiente:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, resuelve: que en las próximas Conferencias se contemple la posibilidad para los países que deseen exponer objetos, gráficos y libros demostrativos de su organización y funcionamiento.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero hacer notar a los señores Delegados que si nos hubiera manifestado el deseo de hacer alguna exposición especial, tenemos donde hacerla, y que estamos, en ese sentido, a su disposición.

Dr. RAMOS. Deseo expresar que mis manifestaciones no encierran ninguna crítica, sino por el contrario: Sería una incitación a los distintos departamentos para hacer exposiciones. Estoy seguro de que en el Congreso de Eugenesia voy a hacer una exposición.

El Sr. PRESIDENTE. Creo que no habrá ningún inconveniente. Podemos dejar al Dr. Lloyd la redacción.

Continuaremos, entonces, con la orden del día. Corresponde considerar la lucha contra el paludismo.

PALUDISMO

Dr. PAZ SOLDÁN. Voy a ocupar por unos minutos la atención de la asamblea, para recordar algunos antecedentes y, al mismo tiempo, para exponer a la Conferencia el resultado de los estudios llevados a cabo, bajo la dirección del que habla, por el Departamento de Salubridad Pública de mi país, sobre el paludismo en el Perú, que—como ustedes saben—es una grave dolencia nacional.

No está fuera de lugar que recuerde que la primera vez que se habló tímidamente de malaria en las Conferencias Sanitarias Panamericanas, fué en la realizada en San José de Costa Rica, en que se recomendaba la redacción de cartillas para luchar contra la malaria. Sólo en Montevideo hubo un Delegado, cuya inexperiencia lo llevó a proponer en 1920 que se estudiara en América la malaria con criterio internacional. La cuestión consta en actas y no faltaron entonces delegaciones que estamparan, que estudiar la malaria con criterio internacional era rebajar la soberanía nacional. Y aquel Delegado inexperto pagó su audacia con el rechazo de su proposición por el comité ejecutivo.

Eso pasaba en América en 1920. En 1925 y 1926 la Sociedad de las Naciones fué solicitada por la Delegación británica y por el Coronel James, universalmente conocido en el campo de la malariología, para que en su Sección de Higiene, nombrara una comisión internacional que se encargara, después de recorrer los países de Europa y de fuera de Europa y de recoger datos mundiales, de so-

meter el paludismo a una cooperación de estudios internacionales que lo obligara a rendirse ante los evidentes progresos de la ciencia. Esa comisión, auspiciada por la alta autoridad de Sir Georges Buchanan y puesta en seguida bajo la digna dirección del eminente malariólogo Augusto Lutrario, se ha convertido en la Comisión de Paludismo de la Sociedad de las Naciones, tal vez uno de los organismos técnicos que ha prestado mayores servicios a la causa de la salud pública mundial.

De manera que en 1934, y en esta ciudad de Buenos Aires, aquel inexperto proponente de Montevideo se encuentra profundamente robustecido por 14 años más de edad y cree que puede volver a insistir. Hay eminentes autoridades en materia sanitaria, para que en la Conferencia Panamericana de Buenos Aires se declare que no existe soberanía nacional cuando se trata del concurso de la inteligencia en beneficio de la salud pública. Y es posible que lo que el Delegado del Perú de 1920 no logró ver prosperar, consiga verlo realizado el profesor de higiene de la Universidad de Lima, en esta Conferencia. Es verdad que hoy trae el resultado de estudios llevados a cabo durante más de un año, en los alrededores de la ciudad de Lima, bajo el nombre de una comisión de asistencia y saneamiento rurales.

La proposición que habrá de ser perfeccionada por la Comisión de Votos y Resoluciones, brota de esos antecedentes y establece que es absolutamente indispensable que la malaria sea sometida a la cooperación sanitaria americana, como uno de los pasos sustantivos para crear la doctrina que ha de inspirar los esfuerzos de los higienistas y de los hombres de buena voluntad de América, contra esta plaga. Tendré ya ocasión de formalizar ese voto.

Ahora, señores, brindaré a ustedes, en cumplimiento de los mandatos de mi Gobierno, para lo cual cuento con la benevolencia del auditorio, ciertas cuestiones sustantivas que constituyen, por decirlo así, el fundamento doctrinario que nuestra experiencia científica sobre la malaria nos permite formular con relación al Perú. Por consecuencia, lo que traemos es una experiencia peruana, que brindamos, sin ánimo de incorporarla como doctrina de la Conferencia, a la meditación y al estudio de los señores Delegados.

Nosotros creemos, y en esto estamos de acuerdo con la tercera conclusión presentada por la Comisión de Paludismo de la Sociedad de las Naciones, que la malaria no es una enfermedad transitoria de corta duración, sino una enfermedad crónica, de larga duración, a veces de duración indeterminada, que requiere ser acompañada por los esfuerzos de la asistencia durante todo el tiempo de su evolución. No es posible decir que en el momento actual disponemos de los elementos necesarios para dominar el ataque agudo, o sean los accesos, ni las formas crónicas, o sea las recidivas, y que por

consecuencia es absolutamente indispensable que los higienistas y los prácticos modifiquen un poco el concepto que tienen sobre la malaria.

Para dominar la malaria—y en esto no hacemos más que sistematizar las enseñanzas universales producidas en los últimos años—hay tres grandes direcciones clásicas: la asistencia, el saneamiento y la profilaxis. Sobre este particular me permitiré leer la codificación de estos hechos generales del Perú, que a nosotros nos han dado resultados notoriamente halagadores.

Primer postulado. La asistencia ha de prestarse a todos los enfermos que habiten en las zonas donde impere la malaria. Una asistencia limitada a determinados centros rurales con prescindencia de los demás centros poblados del valle, por pequeños que sean, si es verdad que logra resultados locales efectivos, jamás determinará la victoria contra la malariogénesis, es decir contra las epidemias activas anuales.

Es el principio de la asistencia a todos los enfermos. Una asistencia fragmentaria no produce resultados. Esto hay que decirlo, porque muy a menudo en la lucha contra la malaria se localiza la asistencia en un punto, y si en las vecindades no se presta, el trabajo se pierde definitivamente.

Segundo principio. La asistencia de los enfermos atacados de malaria ha de ser continuada por largo tiempo hasta la total esterilización de la sangre, se es posible. Sólo de esta suerte se lograrán resultados eficaces.

Tercer principio. La asistencia, para ser económica y por lo tanto en relación con los recursos de que habitualmente se dispone en los campos, ha de organizarse según las técnicas de la higiene y no según las preocupaciones de la medicina curativa.

Todas las legislaciones antimaláricas prescriben—y esto es un progreso ya alcanzado—que en los servicios rurales se tenga un médico para asistir, médico que a menudo es un “declassé” de los centros poblados de mayor importancia, sin darle a esta asistencia las bases fundamentales que debe tener en cuenta el higienista. Por consecuencia, este principio nosotros lo fundamos como uno de los que pueden redimir la comarca malárica.

Cuarto principio. Para que la asistencia sea económica hay que recurrir a los medicamentos ya consagrados.

La quinina en nuestras manos, señores, ha producido, sistemáticamente aplicada con criterio de sanitario y no con criterio de terapeuta, la modificación total de las zonas maláricas. Desde este punto de vista tenemos además de aquella experiencia, la extraordinaria que nos ha dado una epidemia verdaderamente singular que apareció en una zona donde no había existido el paludismo, tal vez desde unos veinticinco años atrás. Se comprobaron cerca de 30,000 casos y hubo 17,000 muertos. Esa epidemia se detuvo cuando las olas de quinina penetraron en la zona.

Quinto principio. Los niños, por ser depositarios del virus malárico y en su sangre y en sus bazos, bajo la forma de gametos infectantes para los zancudos, han de merecer la máxima atención de la asistencia.

En nuestro país, nadie se preocupaba de los niños del campo, que no trabajaban ni producían, que eran los más ignorados en las

zonas maláricas, y ellos se vengaron de este abandono al pasar a ser magníficos caldos de cultivo para los hematozoarios, transformándolos rápidamente en gametos. Es importante dejar esto establecido, porque los profanos, y a menudo muchos médicos, desconocen que los niños, olvidados hasta por sus propios padres, agazapados en sus viviendas rurales, son precisamente los perpetuadores del mal. En nuestra campaña, sobre 1,500 niños hemos encontrado índices esplénicos que han oscilado del 30 hasta el 75 por ciento.

A pesar de las demostraciones de la higiene, al decirles a los propietarios rurales que algunos de sus peones están infectados, a menudo nos contestan que trabaja muy bien. Es que el peón se ha vuelto aparentemente sano, porque ha adquirido cierta inmunidad natural, despertada por el hematozoario, sin dejar de ser un peligroso reservorio de gametos, infectantes para los zancudos. Este es, pues, un principio importante que debe sentar la doctrina.

Nos hemos preocupado, además, de la asistencia en masa de la población rural, que recomendamos se efectúe antes del paso de la "onda anofelina," expresión creada por el que habla, un poco arbitrariamente, pero que tiene cierto carácter descriptivo.

Entre nosotros, la anofeligenesis se produce en determinadas épocas del año. Nuestros ríos costeros tienen un régimen de solamente tres meses de agua, formándose el resto del año en los pedregales de su lecho, una gran cantidad de esteros que activan el desarrollo de la larva. En el verano, al comienzo del año, cuando la atmósfera está cargada de humedad, la temperatura es favorable, se forman grandes velos brumosos que bordean nuestros ríos y se produce la onda anofelina, que termina con los primeros fríos del mes de junio. La onda anofelina es, precisamente, la perpetuación del paludismo. El tratamiento en masa de las poblaciones rurales, antes de que venga la onda anofelina, ha constituido y constituye en nuestras manos un excelente elemento de prevención de las epidemias.

Esos son los principios de la asistencia.

En cuanto al saneamiento hemos partido de una serie de nociones que estimamos trascendentales, y que tal vez puedan ser útiles para orientar ciertos criterios.

A menudo, se gastan grandes sumas en sanear, pero debemos definir qué es lo que es sanear, con este aforismo: Sanear es para la higiene redimir el ambiente que rodea al hombre con el fin concreto de capitalizar salud y bienestar social. No se sana por el gusto abstracto de sanear, sino para beneficio vital del obrero que trabaja la tierra. El saneamiento rural se convierte así en una vasta operación técnica, de apretada economía social, que demanda el concurso del ingeniero y las luces del higienista, ambos en estrecho contacto inspirando a los hombres directores de la vida nacional y sostenidos en sus anhelos de mejoramiento colectivo por la

buena voluntad que resulta de la comprensión de las masas populares, ganadas por la educación para la idea del progreso.

Este postulado debe ser uno de los puntos importantes en la lucha contra la malaria, porque a menudo nosotros nos hemos encontrado con individuos que pretenden desecar la ciénaga olvidando que la desecación muchas veces crea la malaria.

Nosotros, el saneamiento lo concebimos como la armonía entre el agua, la tierra y el hombre, los tres factores fundamentales de una Nación, en lo que se refiere a la agricultura.

Un tercer principio es que el saneamiento así concebido no es, sin embargo, una cuestión general sujeta a reglas rígidas e inmutables. Debe ser una obra particular para cada caso concreto. Y desde este punto de vista, la experiencia peruana en materia de saneamiento, puede servir por analogía de benéfica sugestión a los demás países.

En materia de saneamiento, para evitar el desarrollo de la malarogénesis, hay que prevenir la formación de larvarios, lo que se consigue principalmente por el encauce y regularización de los ríos y por la disciplina de las aguas freáticas. En nuestro país existe una gran cantidad de aguas freáticas, las cuales se cubren de un gran manto de afloramientos acuáticos. De esas aguas, donde se han formado las larvas, dimanar lo que nosotros llamamos sangraderas y que bajo la acción del sol se convierten en pantanos excelentes para el desarrollo del *Anopheles pseudopunctipennis*, anófeles que en nuestras costas encuentra condiciones admirables para su reproducción y perpetuación.

En el Perú existe el concepto general de que en la lucha contra el paludismo deben transformarse o destruirse los pantanos potenciales criaderos de larvas, lo que interesa conocer sobre todo por el hecho de que muchos creen que este problema está fuera del campo de la higiene. Son arcaicos prejuicios que deben desaparecer. Otro factor que agrava el problema de la insalubridad derivado de la desarmonía entre el agua y la tierra, es el estado de profundo atraso social de los habitantes que moran y trabajan en la campaña malarígena. La miseria y la ignorancia los envuelven y abandonados de todo amparo sanitario, caen víctimas de la malaria.

Estas son las nociones fundamentales sobre las cuales vamos a dictar la legislación antimalárica después de esta Conferencia. Nosotros hacemos de la lucha antimalárica una lucha de carácter social, sin descuidar asistencia y saneamiento. Nuestra preocupación hoy es elevar el nivel social de las poblaciones rurales, y desde este punto de vista es menester terminar de una vez con aquellas fatalidades cósmicas de antaño que pretendían desafiar y aniquilar la buena voluntad de los higienistas que luchan contra la malaria.

En el Perú, la comisión que tuvo la honra de presidir, en sus trabajos antimaláricos rurales tropezó con una incredulidad tan

rotunda, aún en hombres de cultura, que era un obstáculo casi insalvable. ¿Usted va a vencer la malaria? preguntaban; y luego le miraban a uno como si se hubiese vuelto loco. Y ese estado de ánimo es indispensable que se transforme, para que nuestra acción no tropiece con la indiferencia y la falta de colaboración que tal cosa significa. Es menester hacer llegar al convencimiento de todos, que no hay ninguna comarca destinada fatalmente a la malarogénesis. Que se garantice la salud de los trabajadores, primero por la vivienda. Sobre ese particular nuestra experiencia es definitiva, y no ha hecho sino confirmar en nuestros pobres medios rurales la experiencia universal, de manera que el problema de la habitabilidad de los campos es una base sustantiva para la redención de los campos, segundo, la seguridad de la vida doméstica y tercero, la higienización de los focos rurales.

Para nosotros la profilaxis antimalárica ha de ser concebida como una obra de cooperación integral: El Estado, los propietarios y los obreros rurales. Y sobre este particular es propósito firme del Perú despues de esta Conferencia, y de acuerdo con las sugerencias y enseñanzas que de ella deriven, que se creen verdaderos órganos de saneamiento y profilaxis bajo el nombre de Centros Rurales de Salud, pero sustentándose en un concepto que no vaya a declarar la malaria accidente de trabajo como lo hacen algunos demagogos, porque el día en que la malaria fuera accidente de trabajo en el Perú, todos iríamos a los campos a recoger malaria, y la consecuencia sería la ruina de los que trabajan en el campo y de los que van a buscar un accidente de trabajo. Yo quisiera, concorde con las realidades sanitarias, lo que nosotros hemos sugerido en un trabajo a nuestro Gobierno, que posiblemente se transformará en ley sanitaria del Perú y que consiste en la aseguración contra la malaria mediante una prima a cuya integración contribuyan el Estado, aportando sus elementos sanitarios, el patrón, con una bonificación sobre los salarios, y el obrero, prestando servicios de conscripción personal y una pequeña aportación de su salario, para darle la sensación de que se asegura a sí propio. Con un sistema así yo creo, señores, que estaremos en condiciones de luchar contra la malaria.

El Sr. PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Presidente de la Delegación Argentina, Dr. Sussini.

Dr. SUSSINI. Procuraré ser lo más breve posible en mi exposición, dentro de lo que permite la vastedad del tema.

En la Argentina, aprovechándose de la experiencia ajena, la lucha antipalúdica se inició y continúa aún con la aplicación de un método ecléctico adaptado a las características locales de su epidemiología, a las características geográficas de sus regiones palúdicas y especialmente a las posibilidades culturales, económicas y financieras del país que son las que en primera y última instancia

condicionan, aquí y en todas partes, la solución del problema palúdico que entre nosotros afecta una extensión de territorio de aproximadamente 250,000 Km.² y a una población de cerca de 1,000,000 de habitantes.

Haré mi exposición lo más sintéticamente posible dentro de lo que permita la vastedad del tema. Me limitaré a citar una que otra localidad donde se hubiesen realizado obras típicas de tal o cual método, sistema o procedimiento de lucha, mostrando sus resultados. Mostraré también, con algún detalle, las observaciones nuestras y extrañas, recogidas sobre la biología del *pseudopunctipennis* que es el anófeles que en el norte argentino trasmite el paludismo, o al menos, el único comprobadamente reconocido como tal. Estas observaciones que creemos interesantes, nos han llevado a establecer los conceptos que, a nuestro juicio, son fundamentales, para orientar con eficacia la lucha antimalárica y nos han determinado a organizarla, apartándonos poco o mucho, de los preceptos considerados hasta hoy como clásicos.

Tenemos en el país zonas de paludismo endémico en el N. O., en regiones de montañas y valles, y zonas de paludismo esporádico, desvinculadas de la anterior, en las costas del Paraná, en Misiones y norte de Corrientes, donde el paludismo aparece cada 7, 8, 12 o más años, desapareciendo o entrando en remisión hasta casi desaparecer, espontáneamente puede decirse, pues no se moviliza contra él sino un poco de quinina.

Además de estas zonas de paludismo endémico y esporádico, hay en regiones subsidiarias de las zonas de endemia, localidades donde se han producido brotes epidémicos de intensidad variable. Uno de ellos, el aparecido en la ciudad de Santiago del Estero en 1901, está indiscutiblemente vinculado a las modificaciones del suelo por las obras de ingeniería ejecutadas para preservarlas de las crecidas del Río Dulce vecino. En otras localidades, al contrario, los brotes han aparecido sin cambios aparentes en el ambiente. La mayor parte de los brotes que podríamos llamar espontáneos, desaparecieron solos o después de medidas que hubiesen sido absolutamente inocuas o inoperantes en las zonas endémicas de Jujuy, Salta y Tucumán.

En la ciudad de Santiago del Estero no se conocía el paludismo hasta el año 1901. La Dirección de Irrigación para evitar que un brazo del Río Dulce continuara avanzando sobre la ciudad, por el desmoronamiento de sus barrancas, lo excluyó de la comunicación con el cauce principal, convirtiéndolo en una especie de laguna larga de agua detenida, alimentada por las lluvias, por los desagües de la ciudad, y las vertientes de su lecho, que dió asiento a un criadero de anófeles que ocasionó durante los años 1901, 2 y 3 una epidemia de paludismo que enfermó al 72% de los habitantes. La faja excluída del río de 1,500 m. de largo por 100 de ancho, fué rellenada

y transformada en un espléndido parque. El paludismo desapareció en Santiago del Estero hasta hoy, una vez desarticulados los elementos que condicionaron su desarrollo. El saneamiento por rellenamiento dió aquí un resultado verdaderamente notable.

En una localidad vecina a la ciudad de La Rioja reinaba un paludismo endémico. Dicha localidad está próxima a un río llamado de Los Sauces cuyo curso fué cortado por un dique para proveer de agua a La Rioja. El paludismo desapareció. La ingeniería hidráulica obtuvo con ello magnífico éxito.

En la pequeña población de las Termas de Río Hondo (Santiago del Estero) se anotaban, de tiempo en tiempo, casos aislados de paludismo que determinaron, hace muchos años, al Departamento Nacional de Higiene, a hacer algunos canales de desagüe, destruídos pronto por abandono. Del paludismo de las Termas de Río Hondo no se habló más hasta 1932 y comienzos del 33 en que la población toda fué atacada de paludismo. La Dirección de Irrigación a instancias del Departamento de Higiene hizo 21,000 m. de pequeños canales que drenaron las lagunas y vertientes adyacentes al río. La epidemia no se repitió este año. Queda la duda de si ella desapareció por la acción de los canales o a pesar de éstos, simplemente como suelen desaparecer los brotes esporádicos y exacerbaciones del paludismo sin intervención alguna por efectos de causas que no se conocen todavía. Por esta razón, la desaparición o disminución del paludismo en las Termas de Río Hondo no la ponemos por ahora, hasta mejor información, en el haber de la ingeniería sanitaria.

El rellenamiento del brazo muerto del Río Dulce y el endicamiento del Río de Los Sauces en La Rioja, pueden considerarse respectivamente como un triunfo de la gran colmata y de la gran bonífica hidráulica.

Ahora pasaré a ocuparme de lo que se hizo en la Villa de Monteros (Tucumán) población de 5,000 a 6,000 habitantes, región palúdica por excelencia donde la piccola bonífica agotó sus medios y recursos de lucha antipalúdica. La Villa de Monteros está encuadrada por el Río de los Romanos y sus afluentes que la envuelven por tres lados. Además un arroyo que la atraviesa. Numerosas lagunas, charcos y cenagales cubrían antes de los trabajos grandes superficies de sus alrededores. La Villa de Monteros constituye una especie de delta enclavado entre aguazales. Es una localidad ideal por su poca extensión y fertilidad de su tierra, para la aplicación de los principios, métodos y procedimientos de la piccola bonífica.

Los trabajos comenzaron en 1924 bajo la dirección competente y diligente del Dr. Alberto Pérez, cuyo nombre quedará unido siempre a la lucha antipalúdica de Monteros. Con anterioridad de muchos años se habían hecho algunos canales de los que no queda-

ban vestigios cuando se iniciaron los trabajos actuales que tuvieron por objetivo: 1° desecar las lagunas, charcos y pantanos y rellenar las depresiones del terreno; 2° facilitar el desagüe de las precipitaciones pluviales (1,300 a 1,500 mm. anuales).

Para realizar este programa se hicieron 26,825 m. de canales abiertos y 1,450 de entubados. Los canales colectores (6,555 m.) tienen 2.50 m. de profundidad, 5 de boca y 0.80 de fondo. Se rellenó un brazo abandonado del arroyo Tejar, se rectificó y regularizó su curso, convirtiéndolo en un espléndido torrente rectilíneo. Para rellenamiento se movieron 180,893 m³ de tierra. Se construyeron 47 puentes capaces de soportar cargas de 2,000 a 6,000 Kg. y 3 alcantarillas. Para dar firmeza a los canales se enchaparon sus paredes con piedras, tablas o estacas; se los protegió además con alambrados. Todas estas obras se conservan cuidadosamente. Los canales se limpian con regularidad para mantenerlos libres de vegetación. El petróleo y el verde de París se emplean con profusión. No se ha olvidado ningún detalle para hacer de las obras de Monteros un modelo de *piccola bonifica*.

Además de estas obras de pequeña ingeniería, la *bonifica humana* tampoco fué desatendida. Se atiende al público enfermo en el dispensario o en su casa, cuando avisa que a él no puede concurrir. A todo consultante se practica sistemáticamente un examen previo de sangre, antes de medicarlo o hacerle cualquier indicación. En Monteros se han dado varios cursos para guardas sanitarios. En ninguna parte del país se llevó a cabo contra el paludismo una acción más metódica y sistematizada. Allí se agotaron las posibilidades de la *piccola bonifica*. Y bien ¿cuáles fueron los resultados de este marcado esfuerzo sanitario?

En 1924, al comenzar los trabajos en Monteros el Prof. Muhlens levantó un índice hematológico recogiendo sangre entre los alumnos de 7 escuelas. La cifra más elevada la dió la escuela de Monteros Viejo y la más baja la de Manualidades. El término medio de sangre parasitada fué de 34.28%.

Todos los años se repetían en las mismas escuelas los exámenes. Desde 1925 los índices empezaron a caer casi verticalmente. En 1932 el término medio fué de 2.87%, pero durante estos dos últimos años el descenso vertical fué bruscamente interrumpido y reemplazado por un ascenso no menos brusco. En abril de este año el índice levantado en la escuela 19, donde concurren niños de los diversos barrios de la ciudad, dió 45.31%, cifra enorme si se la compara con el 2.87% del año 1932, y superior a la del año 1924 que fué de 34.28%. Si uno se limitara para sacar consecuencias solo a la consideración de los índices hematológicos registrados en 1924, al comenzar la campaña, y los registrados 10 años después las consecuencias serían verdaderamente desconcertantes.

Los trabajos en los años 1933 y 34 se practicaron como siempre

en la misma extensión y prolijidad. Sin embargo, los éxitos marcados obtenidos en Monteros hasta 1932, se esfumaron a partir de ese año. La única explicación valedera de tal hecho, es la aparición en los dos últimos años, de un paludismo excepcionalmente virulento y difundido como no se había visto desde hace muchos años atrás, y que abarcó todas las regiones endémicas del país.

En resumen, las obras de *piccola bonifica* no sostuvieron en Monteros, los buenos resultados de los primeros ocho años, comprobándose así una vez más, que cuando el paludismo se exalta ellas son impotentes para contenerlo. Conviene advertir que, durante los buenos años de descensos registrados en Monteros, descendieron también las curvas de morbilidad palúdica en localidades que recibían poco tratamiento sanitario. Se comprueba también que los resultados sanitarios no marchan constantemente parejos con los resultados económicos y agrícolas, derivados de la producción de la tierra redimida, disociación que hemos comprobado recientemente no sólo en Monteros, sino también en otros lugares de Tucumán, donde numerosos canales de desagüe, si bien es cierto que transformaron los terrenos que cruzan, en zonas de hermosos plantíos, no es menos cierto, que en nada o muy poco, influyeron sobre la morbilidad palúdica local.

La experiencia recogida en Monteros y otras localidades, nos ha conducido a revisar nuestros métodos de lucha y a buscar en el mejor conocimiento de la biología del anófeles, de su "habitat" y relaciones con el medio, sino la solución del arduo problema malárico, al menos algún progreso en la técnica para combatirlo. De ahí, el estudio y conclusiones que van a exponerse.

Con este criterio, el Director Regional de Jujuy, Dr. Carlos Alberto Alvarado, inició una serie de observaciones que pretendían llenar las lagunas que aún existen en el conocimiento de los hábitos del *pseudopunctipennis*; en especial lo concerniente al comportamiento de esta especie en las pausas de reproducción y las condiciones de sus criaderos favoritos, buscando también establecer las circunstancias que vinculan, asocian o disocian las diversas especies anofélicas y las relaciones de ellas con sus medios respectivos.

Se sabe que desde el punto de vista de la epidemiología de la malaria es indispensable conocer en los anófeles:

- a) su capacidad de atacar al hombre
- b) sus leyes de movimiento (dispersión, longitud de vuelo, tiempo de permanencia en las casas)
- c) su comportamiento en las pausas de reproducción (invernación, semi-invernación, etc.)
- d) sus criaderos favoritos, o mejor, lo que en inglés se llama "breeding places habits"

El capítulo *a* (capacidad para atacar al hombre) puede considerarse bien estudiado desde la primera observación de Paterson,

Davis, Shannon y Alvarado; este demostró un 62 por ciento para la sangre humana con la reacción de las sero-precipitinas.

El capítulo *b* (leyes de movimiento) ha sido en parte resuelto por las magníficas investigaciones de Rickard sobre el vuelo del *pseudopunctipennis*, encontrando un promedio de 4 Km. y un máximo de 6 y demostrando también que, vientos contrarios, densas barreras de bosques y animales diseminados en el trayecto del vuelo, son factores aparentemente sin gran influencia para preservar de la invasión de los mosquitos un grupo distante de casas. Por algunas observaciones fraccionadas realizados en la época de producción y pre-invernal creemos que nuestro trasmisor no permanece por lo general más de 48 horas en la casa donde entró buscando refugio o alimento. Hemos podido comprobar que una estación de captura en una zona de producción libre, da prácticamente el mismo número de anófeles si se capturan cada dos días o semanalmente, indicando que no hay la acumulación que se observaría si al menos parte de los anófeles permanecieran en la casa un tiempo más o menos largo.

El comportamiento del *pseudopunctipennis* durante las pausas de reproducción (*cap. c*) es otro de los puntos principales y que consideramos de gran importancia práctica para nosotros.

En efecto, si excluimos ciertas zonas reducidas del país donde la temperatura media invernal es una temperatura de primavera, el *pseudopunctipennis* desaparece paulatinamente en el otoño, siendo imposible encontrarlo bajo la forma alada en los meses de invierno, para reaparecer nuevamente en el mes de noviembre. Este hecho ha sido comprobado en varias oportunidades. En los días 7 a 11 de septiembre del año pasado practicamos una minuciosa pesquisa en 115 habitaciones de los barrios suburbanos de Jujuy de mayor índice palúdico y lógicamente donde la población anofélica debía ser mayor. No fué posible capturar un solo ejemplar de *pseudopunctipennis*.

Durante el año en curso, en que la temperatura media de los meses de invierno, ha sido una excepción por su benignidad, durante los meses de agosto a octubre, se han capturado en 456 casas visitadas, 8 hembras de *pseudopunctipennis*, que autopsiados no mostraron infección, ninguna con formación de cuerpo adiposo, 3 con sangre recién ingerida, y ninguna con nuevos desarrollados. Es evidente, pues, que nuestro vector no inverna al estado alado, y que cuando las condiciones telúricas se lo permiten continúa una producción de grado precario. En cambio, durante todo el año, en zonas de producción libre, se ha comprobado la persistencia de larvas de *pseudopunctipennis* de todo tamaño (en mayoría medianos y grandes) y ninfas que no presentaban tendencia a formar adultos.

En otros años, si es cierto que la busca de criaderos no se ha

hecho con la meticulosidad de éste en curso, no era posible encontrar larvas de *A. pseudopunctipennis* en los meses de invierno, pero estos aparecían invariablemente en fecha anterior a la de los primeros adultos. *Es, pues, en su fase acuática que el pseudopunctipennis conserva su especie del otoño a la primavera próxima.*

Creemos que aquellos años de invierno riguroso en que no se encuentran larvas, sea bajo la forma de huevo que la especie se mantiene. Esta hipótesis, ya sustentada por otros investigadores no nos fué posible confirmarla experimentalmente. De todos modos, la comprobación éste año de la persistencia casi indefinida del estado larval, y la comprobación también en años anteriores de la aparición anticipada de larvas, nos lleva a la convicción de que es en los criaderos donde se mantiene la especie y nos permite fundar un método nuevo de lucha antianofélica; *la profilaxis invernal*, sobre la que volveremos. Las investigaciones sobre los criaderos favoritos del *pseudopunctipennis* son las que nos han ocupado por considerarlos de capital importancia para la lucha antianofélica.

Hemos vivido hasta ahora y orientado la lucha antipalúdica, sugestionados tal vez por los conceptos que en el higienista italiano ha de despertar la palabra "palude" que, entre nosotros que vivimos dentro de otro medio físico, no debe despertar las mismas sugerencias de conceptos. A la palabra "palude" en Italia va adherida inseparablemente la idea de terreno malárico e insalubre, y allí lo son la mayor parte de las lagunas, charcos y cenagales que englobados sin distinción en la palabra "palude" reciben el sello indeleble de su peligrosidad, la que por lógica consecuencia desaparecería o disminuiría eliminando a aquéllos. Para la mentalidad italiana la laguna, el cenagal, etc., y ese conjunto que llamamos aquí "estero" equivale a malaria, paludismo, estableciéndose en su espíritu una ecuación perfecta entre ambos términos. Entre nosotros no pasa lo mismo. Aquí a la laguna, etc., no acompaña fatalmente el "palude," que es el Dios maligno que en Italia domina en los terrenos bajos e impone su tributo a la salud de los habitantes vecinos. Tenemos en el centro y literal del país, en plena zona subtropical, esteros inmensos, iguales en su presentación de agua y vegetación, a los paludes italianos, en cuyos contornos, sin embargo, no se conoce el paludismo. Debe agregarse, además, que en nuestras regiones de endemia, el "palude" tiene otro aspecto físico, en su mayoría completamente diferente del italiano.

Impregnados del concepto de la "palude" y de la "bonífica," hemos continuado y mantenido la lucha antipalúdica buscando la eliminación progresiva de cuantos lugares eran encontrados albergando larvas de anófeles; las obras llamadas de "saneamiento del suelo," drenajes, desagües, canalización y los trabajos de conservación, limpieza de los mismos, absorbían los mejores esfuerzos de la sanidad nacional. Un mejoramiento progresivo del estado endé-

mico hacía suponer que el éxito iba coronando nuestro esfuerzo.

El enorme recrudescimiento de los dos últimos años ha debido convencernos de lo infundado de nuestro optimismo. A despecho de nuestros esfuerzos la malaria seguía haciendo su ciclo de remisiones y exacerbaciones, tan magistralmente descrito por Celli en su reseña histórica de la malaria en el agro romano.

El primer inconveniente del problema palúdico en el país, es su extensión que abarca un área aproximadamente de 250,000 Km². La diseminación de la población rural en esa vasta superficie hace que solo se haya considerado como económicamente practicable la protección de los centros importantes.

Nuestras investigaciones se han llevado a cabo en la zona periurbana de una ciudad de 15,000 habitantes, la Capital de Jujuy. Queremos dejar desde ya bien establecido que, las conclusiones que podamos sacar de las observaciones hechas en Jujuy no son aplicables, sin verificación previa, a otras localidades, porque, como es sabido, los fenómenos biológicos escapan frecuentemente a la ley de la analogía.

Dividiremos la exposición de este capítulo en dos partes:

I.—Biología de los criaderos.

II.—Deducciones prácticas.

I.—BIOLOGÍA DE LOS CRIADEROS

Todas nuestras investigaciones se han realizado en el ambiente natural, pues se sabe que el comportamiento de los anófeles en cautividad suele variar fundamentalmente.

Como punto inicial de la investigación se confeccionaron planos especiales en escala de 1 × 5,000 donde fueron consignados los sitios que tenían o podían contener agua, se establecieron signos especiales para designar los lugares semejantes y para identificarlos en forma precisa dentro del terreno. Así C. indica canal, curso de agua artificial y permanente; CP, canal principal; CS, canal secundario; R, reguera; curso de agua artificial y temporario; V, vertiente; VT, vertiente temporaria; VP, vertiente permanente. Consideramos la posesión de planos adecuados, como una condición indispensable; de otro modo, el encuentro de los focos está librado a la casualidad o al conocimiento empírico que la persona tenga de ellos.

Luego se establecieron secciones que comprendían una superficie de terreno cuyos lugares pudieran ser visitados por un hombre, una vez en la semana. Una lista de los mismos, por orden, establecía el itinerario que esa persona debía realizar de lunes a sábado. Todo lugar era así perfectamente vigilado. Las larvas se recogían en tubos especiales en los cuales se inscribía el punto en que habían sido encontradas; eran luego clasificadas en el laboratorio. Un "parte del trabajo" y un control sistemático y reiterado aseguraban la eficacia del procedimiento. Dondequiera hubiera larvas de anófeles, el peón procedía a aplicar los métodos clásicos (drenaje, machetado y limpieza, petróleo y verde de París). Esta acción se inició el 1° de noviembre de 1933 y comprendía un sector que hacía más o menos, la mitad de la zona periurbana de la ciudad de Jujuy. La escasez de personal no permitía cubrir todo el área, pero esta desgracia traía en compensación un inestimable elemento de control; el índico palúdico de las zonas de producción libre. Capturas bisemanales de anófeles en estaciones de capturas seleccionadas y el control clínico-hematológico de las personas, aseguraban la valoración de los resultados.

Dentro del sector de trabajo se eligió una zona (No. 3) denominada La Viña, más o menos protegida del sector de producción libre, a la cual se consideró como el centro del experimento.

Como se ve, no sólo se buscaban objetivos científicos, sino también probar los resultados de un sistema especial de organización, puesto que los mejores métodos pueden fracasar si no son "administrados" con rigor.

La primera sorpresa fué el enorme predominio de los criaderos de *A. pseudopunctipennis* en la playa de los ríos. Ya conocíamos el hecho por las magníficas descripciones de Paterson y Bachmann, pero no dejó de llamarnos la atención las proporciones del mismo. Paterson decía en 1911: "los lugares más apropiados para criaderos de este anófeles (*pseudopunctipennis*) son los arroyos, ciénagas y vertientes." Bachmann en 1921 hacía igual observación: "en las playas de los ríos encuéntranse reunidas todas las condiciones para la vida de las larvas, agua mansamente corriente, sal abundante, fondo arenoso y lama que los cobija y encierra su alimento; se forman en estos lugares enormes criaderos de larvas, como he observado en el río Famaillá."

Preciso es confesar que a pesar de esta advertencia el "saneamiento del suelo" seguía orientando la lucha antipalúdica.

Llamó también nuestra atención que el D/r, hermoso canal de piedra de la sección 6 de la Viña, obra espléndida por su débit hídrico y construcción, fuera uno de los criaderos que daba más larvas de *pseudopunctipennis*, fuera de las playas. Ya Davis y Rickard decían en 1927: "de tiempo en tiempo hemos encontrado larvas de *pseudopunctipennis* en canales tan bien conservados como era posible" y Bachmann en 1921 "encontré larvas de *pseudopunctipennis* en un canal de aspecto ideal, de bordes rectos, limpios de toda vegetación."

Fuera de esto daban larvas de *pseudo* algunas vertientes permanentes. Canales y regueros sólo producen *A. argyritarsis*. Pero el hecho chocante era que unas vertientes daban *pseudopunctipennis* y otras contiguas, no. Solicitada nuestra curiosidad, practicamos un reconocimiento y comprobamos: que las vertientes permanentes que daban *pseudo* estaban libres de vegetación, con los taludes verticales y limpios, sólo masas de algas cubrían de trecho en trecho la superficie de agua. Eran vertientes que habían sido saneadas en las postrimerías de la época anterior y que se habían conservado así hasta entonces. Las vertientes permanentes que no daban *pseudo*, estaban en cambio, sucias, con bordes irregulares y cubiertas de vegetación de toda clase, menos de algas, solo daban larvas de *A. argyritarsis*. Era evidente, pues que al mediaba para hacer un criadero propicio al *A. pseudopunctipennis* y otro al *argyritarsis*.

La primera idea que acude a la mente es la de diferencia en la composición química del agua. La circunstancia de haber encontrado en un mismo curso de agua corriente, en una parte solamente larvas de *A. pseudopunctipennis* y pocos metros más allá solamente larvas de *argyritarsis* nos conduce a eliminar *a priori* la posibilidad de que fuera la composición química del agua la que reglaba la selección de criaderos.

A pesar de esto no perdíamos la esperanza de poder realizar lo que se dijo una vez: "tiempo llegará en que alterando la composición del agua (nosotros diríamos por ser más exactos, del microclima) podamos decir a una especie, váyase, y a otra, venga."

Surgió entonces la idea de una presunta rivalidad entre ambas especies, y pensamos como aprovecharnos de ella haciendo del *argyritarsis*, especie agreste e inofensiva, nuestro aliado en detrimento del enemigo común. Más tarde debimos convencernos que el *pseudopunctipennis* es el más fuerte y que el *argyritarsis* sólo ocupa los criaderos que el primero desecha, como veremos más adelante.

La pesca de larvas continuaba aportando datos interesantes. El personal que recorría los criaderos, incitado a observar las condiciones de cada uno, no tardó en hacerse la concepción intuitiva de la naturaleza de los mismos, un verdadero ojo clínico, que la permitía decir, antes de llevar las larvas al microscopio: aquí "*argys*" y allá son "*pseudos*", en el argot científico de abreviación.

Ante una vertiente permanente que no da *pseudopunctipennis*, sucia, con márgenes irregulares, llena de vegetación vertical y de sombra (P 1 y 2 Secc. 5) y otra contigua, limpia (VP-1 Secc. 6) a bordes rectificadas, llena de aire y de luz y que está produciendo *pseudopunctipennis*, no podía resistirse más tiempo a la prueba experimental que faltaba.

Se tomó la VP-1 Secc. 6, se destruyeron todas las larvas *pseudopunctipennis*, se sacó el alga que se pudo y se "naturalizó" el aspecto de la vertiente, desmoronando los taludes, transplantando vegetación acuática vertical (berros y lampazos) y aproximando entre sí las ramas de los arbustos que bordean ambas márgenes, se hizo sombra sobre la superficie del agua.

Las primeras larvas que aparecieron fueron las de *argyritarsis* y nunca más de *pseudopunctipennis*; fué una verdadera "*therapia sterilisans magna*," la naturaleza hizo lo que no pudo realizar el petróleo, ni el verde de París que

se esparcía semana a semana. Idéntica cosa pasó con el D r 1 de la misma sección.

Faltaba la contraprueba que no tardó en presentarse espontáneamente. Un vecino de Villa Gorriti, sobre las márgenes del Río Chico, se nos presentó un día protestando por nuestra inercia; decía que en años anteriores la Defensa Antipalúdica desyerbaba las acequias de su vecindad, que este año no se había hecho por cuya causa su casa estaba llena de mosquitos. Inconveniente a nuestros razonamientos amenazó con quejarse a los diarios, y dijo que él haría el trabajo. Efectivamente, limpió un trecho de acequia. El croquis que se acompaña ilustra sobre el resultado sanitario de su trabajo; allí y sólo allí, fuera de la playa se encontraban larvas de *pseudopunctipennis*. A la exuberante vegetación acuática había sustituido el alga y con el alga aparecieron los pseudos.

Un empleado nuestro, el señor Díaz Quieta, que había trabajado anteriormente con la Fundación Rockefeller en Tucumán, recuerda una expresión del malogrado Nelson C. Davis, a quien oyó decir en una ocasión: "parece mentira, por estos canales dan tanto más *pseudopunctipennis* cuanto más se les limpia."

Las observaciones ulteriores no hicieron sino confirmar lo antedicho como también las interesantísimas observaciones de Bachmann, quien dijo en 1921 refiriéndose a dos canales *soi-disant* limpios: "de acuerdo con las indicaciones generales y sin tener en cuenta las condiciones locales, se había asegurado que en el canal con vegetación se encontrarían los criaderos y que el otro estaría libre de larvas." Nos sirve esta observación, agrega, para demostrar el peligro que ofrecen los canales y la necesidad de tenerlos limpios de lama, pues, si bien es cierto que su importancia como criaderos es mucho menor que el que ofrecen los arroyos, ríos y vertientes, la tienen relativa, sin embargo, pues, aún en aquellos en los cuales la corriente es bastante fuerte suelen tener en sus bordes acumulaciones de lama, transformándose en viveros.

Creemos también útil transcribir aquí lo que decía Rickard y Davis en 1927; "el drenaje comúnmente llamado saneamiento, se esperaba que resolviese el problema. Para raros lugares podría ello suceder. En otros, en cambio, las operaciones costosas del drenaje, no mejoraron la situación sino que podrían empeorarla. De tiempo en tiempo hemos encontrado larvas de *pseudopunctipennis* en canales tan bien conservados como era posible." Por otra parte, hemos visto, continúan, charcos de aspecto peligroso que albergan millares de larvas, sin embargo, que pertenecían a las especies del grupo *Nyssorrhynchus*, contra las cuales no tenemos datos de que intervengan como trasmisores de la malaria en estas regiones. Un canal hecho para drenar semejante foco benigno puede convertir a este en un maligno foco de *A. pseudopunctipennis*, si no es convenientemente vigilado y tratado.

Hace pocos meses se limpió completamente el curso y la playa de Río Chico, y se siguió en visitas periódicas eliminando todo nuevo mechón que apareciera. La pesca sistemática solo encontraba *argyritarsis*, pero en un punto que pasó desapercibido en dos visitas, el alga volvió a crecer y en ese solo punto se encontraron 19 larvas de *pseudopunctipennis*.

Parece que existe una estrecha relación de dependencia entre el *pseudopunctipennis* y la *Spirogyra* y encontramos la explicación de la ausencia de larvas en aguas con vegetación vertical (lampazos, berros, etc.), porque esta vegetación se opone al desarrollo del *Spirogyra*. Es sabido que los primeros vegetales que se desarrollan en un medio hídrico son las algas, y luego, si la fertilidad del suelo subyacente lo permite, se implantan otras especies vegetales mejor organizadas. En un principio cada una lucha por mantener su preponderancia, pero bien pronto el equilibrio biológico se establece y cada especie si es consentida en esa sociedad ocupa un lugar con un número determinado de individuos. Es un fenómeno similar al que se produce en la organización del plankton de los grandes lagos. Y bien, una vegetación acuática bien organizada donde predominen berros (*Cardamina flaccida*, Chamet Spal) y lampazos (*Senecio creameiflorum* Mattf) no consiente el desarrollo del alga, y la consecuencia de esto, es la ausencia de larvas de *A. pseudopunctipennis*. Al romperse ese balance, ese equilibrio con la destrucción de parte o la totalidad de la vegetación existente, vuelve el alga verde a desarrollarse, y dentro de la medida que pueda hacerlo creará más, las condiciones que el *pseudopunctipennis* necesita para hacer un criadero.

Estas observaciones hechas en Jujuy, que se superponen y coinciden con las de Paterson en Ledesma y Bachmann en Famailá, nos ha llevado al lema que orienta nuestra campaña antipalúdica: "La lucha contra el anófeles vector de la malaria en el norte argentino, es la lucha contra el alga."

El alga se ve a simple vista, está al alcance nuestro. Ella aloja, alimenta y protege al anófeles enemigo, por eso hay que concentrar sobre el alga la acción principal, y como son los ríos y los arroyos los lugares donde se la encuentra en mayor profusión y abundancia es natural que allí hay que ir a buscarla para destruirla.

Otra cosa sería, desde luego, si el vector perteneciera al grupo *Nyssorhynchus*.

La experiencia acumulada nos permite clasificar los criaderos en tres categorías:

- 1°. *Criaderos primitivos o de elección*, son los que dan los primeros brotes de anófeles y los que contribuyen con el grueso de la producción (playa de los ríos, arroyos), son a su vez los criaderos de invernación donde la especie se mantiene (en forma acuática) de una época de producción a la otra.
- 2°. *Criaderos secundarios o de expansión*, son la consecuencia: a) de un exceso de producción, b) de la existencia de un por ciento de anófeles de hábitos aberrantes, c) de la distancia de la casa donde encuentra el alimento y el criadero primitivo (vertientes de campo, pantanos, charcos de precipitación pluvial).
- 3°. *Criaderos de excepción*, son aquellos que solo por ley de casualidad pueden dar producción; no tienen importancia práctica (canales de riego principales y secundarios).

Es fácil deducir *a priori* y nuestra experiencia lo ha ya registrado, que iniciada a tiempo y mantenida con energía la lucha en los criaderos primitivos o de elección bastará para contener la producción en límites tales que no se infectarán los criaderos secundarios.

Los criaderos primitivos o de elección están constituidos por el lecho de los ríos, los arroyuelos, la vertientes y desagües pluviales.

Los criaderos secundarios o de expansión están constituidos por las vertientes permanentes de campo, por vertientes y lagunas temporarias a menos que el hombre no intervenga para convertirlas en criaderos de elección.

II.—DEDUCCIONES PRÁCTICAS

Y bien, encontrándose los criaderos más peligrosos, numerosos y persistentes en lugares de fisonomía mutable año a año y varias veces en el año durante la época de lluvias, qué obra permanente puede realizarse? Creemos que ninguna. Pues sería imposible pretender canalizar y encauzar los ríos de montaña que son verdaderos torrentes estivales de aluvión. Nadie creería, sin verlo, que una playa de 400 a 600 o más metros de anchura y que en invierno apenas lleva un hilo de agua, pueda llenarse en breves instantes por el agua de las lluvias del verano.

Si el enemigo no está en los campos, en los cenagales, no tenemos pues "terrenos insalubres" desde el punto de vista de la malaria. No teniendo terrenos insalubres podemos seguir usando la palabra bonifica en sentido sanitario?

QUE QUEDA, PUES, POR HACER?

- 1°. No aumentar artificialmente el número de criaderos de elección.
- 2°. Favorecer la evolución de un criadero tipo de "elección" al tipo de "expansión."
- 3°. Luchar contra los criaderos de elección inmodificables por medio de la "policía de focos."

La "policía de focos," con su tratamiento individual (petróleo, verde de París, cepillado del alga), o eliminación (inundación o colmata) ha sido la organización elegida y cuyos resultados en La Viña como centro experimental y reputada como el distrito peri-urbánico más palúdico de Jujuy, han sido los siguientes:

1. Índice de sangre, levantado por Rickard en abril de 1929: 30%.
2. Idem, idem, levantado por la Dirección Regional en noviembre de 1933, al principio de la campaña: 22.20%.
3. Idem, idem, idem, en mayo de 1934: 15%.
4. Idem, idem, en octubre de 1934: 7.34%.

Debe advertirse que estos índices han sido tomados en una población no tratada por la quinina en el intervalo que se tomaban los índices, salvo en raros casos en que se venía a solicitar el medicamento en el Dispensario.

Nótese que el índice 2 del mes de noviembre, corresponde al llamado tipo endémico (infecciones de épocas pasadas); el índice 3 del mes de mayo corresponde al tipo epidémico, es decir al conjunto de infecciones viejas y nuevas sobrevenidas en la reciente época de producción. Comparando 2 y 3 (desde luego 3 es siempre en zonas sin protección) puede verse que no sólo no han habido nuevas infecciones o reinfecciones, sino que un 32% han perdido sus hábitos de la sangre.

El índice 4 es ya una promisión, no sólo por su baja expresión sino por su fórmula parasitaria: 0%, trópica; 37.50% terciana; y 62.50%, cuartana; es decir un predominio tan evidente de las cuartanas sobre las tercianas en la época primaveral, significa que la terciana, mucho menos recidivante que la cuartana, no ha recibido, en la anterior época infectante, el aporte de reinfecciones necesarias para mantener en octubre y noviembre, el privilegio de su preponderancia.

Por otra parte, el conocimiento de los criaderos de invernación (que son los mismos de elección) nos ha permitido ensayar un método nuevo de lucha antianofélica, la profilaxis invernal realizada en los meses de la pausa de producción, fundada en la destrucción de estos criaderos, comprende:

a) rectificación y encauce de los brazos del río, procurando concentrar el volumen disperso en un solo curso.

b) canalización o colmata según los casos de las vertientes aisladas de la playa.

c) eliminación total del alga visible que luego es secada en montones y quemada. No se han usado larvicidas (petróleo o verde de París). El procedimiento prolijamente aplicado lleva a la eliminación permanente del criadero hasta que la primera creciente destruye la obra realizada, extiende el agua por la playa y da lugar a la aparición de nuevas vertientes; llega entonces el momento de recomenzar la policía de focos en el lecho del río.

El resultado de este ensayo es el siguiente: la captura de anófeles en las estaciones oficiales de captura en la primera semana de noviembre del año pasado, al iniciar la policía de focos, dió 73 *A. pseudopunctipennis* en 14 casas, este año en la misma época (semana del 29 de octubre al 4 de noviembre) ha dado 2 anófeles en 19 casas.

Estas observaciones, tal cual han sido relatadas, representan lo visto y lo hecho en muy corto tiempo, menos de año y medio. No se pretende con ellas dejar resuelto el problema y sus conclusiones deben ser motivo de nuevas y ulteriores verificaciones. En un campo tan vasto como el de la malaria siempre debe esperarse la posibilidad de encontrar algo nuevo o mejor.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Creo que debemos dar a este asunto del paludismo toda la importancia que tiene, y si de las deliberaciones de esta Conferencia sólo pudieran sacarse algunas conclusiones para orientar mejor la campaña antipalúdica, en los diferentes países, bien empleado estaría este tiempo.

En Costa Rica éste es el gran problema, indiscutiblemente, y no solamente un problema médico sino un verdadero problema económico. Decía con muchísima justicia el Dr. Carter, que el ejemplo de Panamá había sido un mal ejemplo, para los pueblos de América, porque pensando que para hacer obras de saneamiento era necesario invertir sumas fabulosas, todos los pueblos se consideraban tímidos, y no se atrevían a hacer ninguna.

En nuestro país hemos hecho investigaciones y demostraciones en la creencia de que logrando algún éxito en lo pequeño, podríamos extender luego el radio de acción. Desafortunadamente, los resultados obtenidos en Costa Rica no han sido muy halagadores con el simple tratamiento que indicaba hace un instante el Dr. Paz

Soldán, de tal manera que la campaña más bien ha sido orientada contra la larva, es decir que se ha hecho una campaña antilarvaria. Naturalmente no me voy a ocupar de eso; se hacen exámenes espléncicos, exámenes de sangre, etc.

Los resultados de los trabajos en mi país, establecen que el zancudo *albimanus* es el principal trasmisor del paludismo. No hemos tenido la suerte, que señalaba el Dr. Sussini, de encontrar que este zancudo sólo se desarrolla en determinadas aguas, de una pureza especial. El zancudo es un insecto muy inteligente, de tal manera que si encuentra a su alcance aguas límpidas, allí se desarrolla, pero no encontrándolas si encuentra otras menos límpidas, allí se desarrolla también con excepción, naturalmente, de las aguas de putrefacción. Recuerdo que uno de los argumentos que se hicieron en la campaña contra estos insectos, era que los zancudos se desarrollaban en las aguas de los excusados.

Creo que en todos los países no hay un solo método bueno, y que todos deben ser empleados simultáneamente, pues su éxito depende de las condiciones físico-geográficas del lugar. No hace mucho tiempo, en una localidad próxima a la ciudad, a 800 m. de altura, se desarrolló una fuerte epidemia de paludismo. Se trataba más bien de paludismo importado que de paludismo autóctono; bastó una pequeña canalización para terminar con la infección. Hace tres años de la experiencia y no ha vuelto a presentarse ningún caso.

En cuanto al tratamiento con quinina, nosotros no lo abandonamos totalmente por ser esa una manera de atraer a la gente y recibir su cooperación, y por otro lado también porque con el tratamiento se logran éxitos momentáneos en los individuos enfermos, pues se les devuelve la capacidad para el trabajo, y el sólo hecho de poner a un hombre enfermo en condiciones de trabajar constituye un éxito. Pero—repito—esto varía. Nosotros nos hemos orientado principalmente hacia el drenaje permanente. Quisiera preguntarle al Dr. Sussini si en ese ejemplo que dió los canales eran de concreto o simplemente de piedra.

Dr. SUSSINI. De piedra.

Dr. NÚÑEZ. Creo que el drenaje, para que dé algún resultado, tiene que ser permanente y hecho a base de concreto. Los drenajes hechos con tierra o con cualquier otro material fracasan.

Decía que esto varía en las diferentes localidades. Recuerdo el caso de Kingston, en Jamaica, donde no había grandes colecciones de agua donde pudiera estar el origen de una epidemia grave de paludismo que se desarrolló allí. Después de varias observaciones, se encontró que por la naturaleza del suelo—esencialmente rocoso—se formaban huecos, agujeros que a pesar de tener un diámetro pequeño, eran suficientes para que procreara en ellos una enorme cantidad de larvas. Bastó simplemente tomar un poco de cemento

y una cuchara y tapar aquellos agujeros para que la epidemia desapareciera, no habiéndose vuelto a presentar ningún caso, que yo sepa.

En Jamaica también, en un lugar llamado Falmouth—que tuve ocasión de visitar—a la orilla del mar, donde se forman colecciones de aguas pluviales, se desarrolló la epidemia de paludismo más grave que ha tenido la isla. Tengo aquí los datos sobre la mortalidad que ocasionó, pero no voy a cansar la atención de los señores delegados con su lectura. La extensión era tan grande que el drenaje era imposible. La esterilización por medio del verde de París también era imposible. Se le ocurrió, entonces, a la Rockefeller Foundation echar el agua de mar sobre la tierra, abrir canales por diferentes procedimientos y convertir así en agua salada el agua del estero, como allí se llamaba, y la epidemia terminó. Cito estos casos para insistir en que no se puede pensar en un método determinado, sino que es preciso emplear todos los métodos para obtener algún resultado. Entiendo que el mismo Dr. Carter decía que no se hace del verde de París todo el uso que podría hacerse. Hay a veces grandes colecciones de agua donde el drenaje es imposible, donde el relleno tampoco se puede hacer, y con la simple esterilización de estos sitios por medio del verde de París, se ha logrado reducir en gran parte el índice palúdico de esas localidades.

En Puerto Rico—que también tuve ocasión de visitar—el Dr. Earle se encontró con un problema completamente distinto: El de la irrigación en determinadas zonas formadas por grandes cañaverales, que constituyen una de las principales riquezas de Puerto Rico. Allí se hizo una canalización muy costosa, a base también de un drenaje permanente, con secciones de concreto que se hacían en un taller especial. Costó mucho esa obra, indiscutiblemente, pero se hizo con la cooperación de los propietarios de esas grandes extensiones de caña. El trabajo ha dado muy buenos resultados.

Un lugar de mi país se presenta en condiciones muy parecidas a las que he citado de Puerto Rico, y son los arrozales, que hay que mantener con un riego permanente, pues es arroz acuático. Al principio se pensó si no sería conveniente, para combatir el paludismo, impedir el cultivo del arroz, pero se consideró que ninguna medida sanitaria debía redundar en perjuicio de las condiciones económicas del país, y entonces se buscó la manera de zanjar la dificultad. Los propietarios de los arrozales se comprometieron a poner verde de París una vez cada ocho días, y con ese procedimiento se ha reducido en gran parte el índice de malaria en esa localidad.

Una de las cosas más importantes en toda organización sanitaria—hablo de una cuestión práctica y sencilla, que la menciono simplemente para exponer las pocas cosas que se hacen en mi país—es que haya un departamento por medio del cual se construya

todo el material necesario para hacer los drenajes permanentes. Nosotros lo tenemos, pero reducido naturalmente a su mínima expresión. Al mismo tiempo hemos establecido unidades sanitarias en el campo, que han mejorado en gran parte las condiciones de esas localidades, porque ellas centralizan, coordinan y ponen bajo una sola autoridad toda la higiene y la protección social de esos lugares. Pues bien: Cada una de esas unidades sanitarias tiene anexo un taller donde se construyen las secciones de concreto y las chapas de concreto, para aplicarlas según el caso.

El Sr. PRESIDENTE. Invito a los señores delegados a pasar a intermedio.

Así se hace siendo las 17 y 45 horas (5:45 P. M.)

A la hora 18 y 20 (6:20 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Continúa la sesión.

Tiene la palabra el señor Delegado del Paraguay, Dr. Masi.

Dr. MASI. El paludismo es endémico en toda la República del Paraguay, dominando muy especialmente en las regiones del Chaco, del Norte y del Norte y del Noreste de la Región Oriental del país, y en ciertas épocas del año. Las regiones bajas anegadizas y pantanosas son las que más favorecen el desarrollo de las infecciones palúdicas, como ocurre en otras partes del Globo. No obstante, desde el año 1917 se viene confirmando la presencia periódica que se sucedía de antaño de invasiones palúdicas graves en toda las Cordilleras de Amambay, en la de Maaracayú y en la cuenca del Alto Paraná, que *son regiones secas y elevadas*. Los indios caiguas y guaraníes que pueblan esas regiones, hoy ya civilizados y acostumbrados al trabajo, sufrieron terriblemente esas invasiones. Todos presentaban su *índice esplénico* de infecciones repetidas, crónicas. Esas infecciones se extendieron a lo largo de las costas de los Ríos Ypané, Jejui, Aguaray y otros, como también a las vertientes del Paraná y a las de sus afluentes, de Acaray y el Nacunday, llegando por etapas hasta Asunción y Villa Encarnación, o sea a los centros bien poblados del país, en donde se extinguían por falta de los habituales vectores de la enfermedad.

No hablaremos de la historia de esa enfermedad que ya era conocida en América y en el país, desde la época antigua. Con el nombre guaraní de *Acanundú-roy*, que significa fiebre con frío, o *chucho*, se conocía vulgarmente. Se presenta generalmente, en forma de *terciana benigna*, fácilmente curable por las sales de quinina. Ella viene en los meses de abril a junio, o esporádicamente en cualquier época del año. Ataca especialmente a los niños y personas jóvenes de las poblaciones ribereñas y rurales. Esta es la forma vulgar y benigna del paludismo en nuestro país.

La otra forma de paludismo, la *clásica estivoautumnal*, la de la fiebre continua o remitente, con o sin complicaciones gastrobilíares, con o sin hemoglobinuria, es la peligrosa.

Esta forma, felizmente, no presenta su genio epidémico siempre grave. La fiebre puede ser constante, o irregular, sin distinción de los accesos y por lo general, es resistente al tratamiento.

La primera epidemia, la de las Cordilleras de los Altos, de 1930, abarcó los 12 pueblos más agrícolas de la República, cuyo área en total es de 5,625 Km². con una población de 89,341 habitantes. Terrenos accidentados y bien irrigados. La población dedicada a la agricultura y a la ganadería. El paludismo empezó en el mes de marzo, en San José de los Arroyos y poco después en los demás pueblos, reinando ella en cada pueblo con mayor o menor intensidad hasta fines de julio. No se registró un solo caso de defunción. Fueron tratados en esa oportunidad 9,244 personas de los que 4,689 eran varones y 4,555 mujeres. Los jóvenes de 0 a 20 años formaron el 72.5% de atacados. El pueblo de San José fué el que ofreció la infección mas fuerte, del 27.83% ; el de Caacupé fué el que presentó la menor proporción, 0.27%.

En Asunción esta misma epidemia y en el mismo tiempo, ocasionó una infección benigna cuyo índice era de 0.29%.

Previo análisis microscópico de la sangre, los enfermos eran tratados por las sales de quinina. A los adultos se les suministraba 3 gm. diarios hasta saturar el organismo, y seguía una dosis pequeña de 50 cgm. hasta terminar la primera semana, después de la terminación de la fiebre.

La plasmoquina era reservada para las embarazadas y recién paridas. A los niños se les medicaba directamente con inyecciones de biclorhidrato de quinina.

Epidemia en el Alto Paraná del año 1931. De la Campaña de esta epidemia se tiene un informe acabado con todos los datos meteorológicos y climatológicos, así como de las condiciones de vida de los obreros que fueron víctimas del mal, en esa fecha, en los diferentes establecimientos obrajeros repartidos en los 700 Km. de litoral del Río Paraná, desde Villa Encarnación al Noreste hasta el gran Salto del Guairá. El Alto Paraná comprende una franja de tierra limitada al Oeste con las jurisdicciones de Jesús y Trinidad, Yuty, San Cosmo, Caaguazú, Igatimí, etc., hasta las serranías del Mbaracayú: al Este por el Río Paraná, al Norte por la Cordillera de Mbaracayú, y al Sud por el Departamento de Villa Encarnación, mejor dicho en expresiones geográficas, entre los grados 45 y 21' y 56 y 37' de longitud occidental, y 24, 30' y 27, 32' de latitud Sud, con las vertientes de agua que van hacia el Paraná. La temperatura media anual de la zona es de 21 a 23. Las lluvias son allí bastante regulares y copiosas en el año. Las ondulaciones topográficas del terreno contribuyen a las formaciones de los numerosos afluentes del Río Paraná que cruzan casi paralelamente. La superficie casi en su totalidad es cubierta de bosques seculares, habiendo, no obstante, regiones descubiertas, propias para instalaciones de

los pueblos y para la industria ganadera. Su población es de 12,000 habitantes.

Desde Villa Encarnación de Jesús y Trinidad y de aquí a Puerto Adela, fueron tratadas 9,275 personas, siendo el índice de morbilidad de la epidemia de 77.3%. Esta epidemia atacó con más frecuencia a las personas jóvenes de 11 a 20 años y de 21 a 30 años más a los varones que a las del sexo femenino: de 83.6% para los primeros y 36.4% para las mujeres. La mortalidad total de esta epidemia fué solamente de 45 personas, correspondiendo al 4.9% sobre el total de 9,275 enfermos, siendo este el índice de mortalidad de aquella epidemia.

De las investigaciones practicadas sobre esta epidemia se deduce que ya desde fines de diciembre de 1930 habían sido señalados algunos casos en el Norte y más tarde en el mes de marzo, del año 1931, empezaron los casos en el Sud y en todas las costas del Alto Paraná. Estas infecciones fueron tomando incremento durante todo el Otoño, como en la epidemia de las Cordilleras; pero las investigaciones clínicas y microscópicas señalaron que la epidemia costera era benigna y producida por el *Plasmodium vivax*, y las del centro, de Tacurú Pucú, de Itaquyry, de Ysaú y de las costas del Brasil eran de las formas más graves de fiebre, continuas o remitentes, sin período de acceso bien marcado y en algunos con manifestaciones gastrobiliares, producidas por la infección con *P. falciparum*.

Los vectores de este proceso mórbido son idénticos a los que existen en toda la América, los *A. argyritarsis* y los *A. tarsimaculatus*, que son los acusados por muchos investigadores competentes como los verdaderos y únicos transmisores del paludismo en sus diferentes formas en nuestro país.

El tratamiento instituido fué el habitual, acompañado de medicamentos naturales que gozan en esas alturas de alguna reputación fundada contra la malaria, como el uso de ciertas *Cacias*, el *palo amargo*, el *taperibá*, etc.

Epidemia de 1933 en el Chaco. La guerra del Paraguay con Bolivia, ha removido grandes masas de soldados en el Chaco, tanto de parte del Paraguay como de parte de Bolivia.

Desde noviembre de 1932, se han podido constatar entre los heridos y enfermos llegados a Asunción de los fortines interiores del Chaco, de Francia y de Nanawa, algunos casos de fiebre continua, de paludismo producido por el *P. falciparum*, y mas tarde llegaban otros enfermos con accesos netos de fiebre palúdica producidos por el *P. vivax*, agente de la malaria benigna; estos últimos enfermos procedían de Puerto Casado, de Pinasco y otros puntos ribereños del Norte del Río Paraguay. Desde mediados de marzo de 1933, hasta fines de julio del mismo año, desde la batalla de Toledo, ocurrida en el mes de marzo, el paludismo grave se ha desarrollado en todo el centro del Chaco, como si allí en esa concentración de

fuerzas de ambas partes, hubiese favorecido al profuso contagio por el germen *falciparum*.

Generalmente en los puntos ribereños, fábricas, obrajes y estancias del Chaco suele aparecer la terciana benigna, fácilmente curable; pero no ocurrió así en el centro, fenómeno que nosotros explicamos por la concurrencia á las filas paraguayas, en los momentos preparatorios de la batalla de Toledo, de gran número de obreros yerbateros del Alto Paraguay, del Alto Paraná y de los emigrados al Matto-Groso, que llegaron aportando los gérmenes de la terciana maligna, con los que también concurrieron los soldados bolivianos por su paso por la costa del Pilcomayo, hecho por los cuales se ha producido la generalización de la terciana maligna en todo el territorio del Chaco, reinando hasta fines de julio del año 1933.

Las repetidas lluvias que empezaron en la región occidental a fines del año 1932 y que continuaron hasta el primer trimestre inclusive, del año 1933, han mantenido mucha cantidad de aguas estancadas en todos los cauces secos y lagunas de esa región, manteniéndose así condiciones inmejorables para la pululación de los mosquitos transmisores de gérmenes en toda la extensión del Chaco.

Los mismos anófeles señalados en el Alto Paraná, fueron también capturados en el Chaco.

La lucha terapéutica contra la epidemia del Chaco se ha llevado con mucha intensidad, con las sales de quinina, la plasmocina y la atebina como medios preventivos y curativos.

Desde fines del primer semestre del año 1933 hasta la fecha, todos los cauces han vuelto a secarse como también las lagunas y pantanos del Chaco. La sequía actual que viene prolongándose desde largos meses atrás hace imposible la vida de los insectos hematófagos, razón por la cual el paludismo ha desaparecido en el Chaco.

La forma malárica llamada de fiebre cuartana a *Plasmodium malariae* no ha sido observada desde hace mucho tiempo en nuestro país, razón por la cual no nos ocuparemos de esta forma de la enfermedad.

Malaria en el Paraguay. El Paraguay, como país tropical y subtropical, no se escapa al problema de la malaria. Prevalcen dos tipos y cada uno de ellos abarca zonas netas. La terciana benigna abarca el centro del país; la maligna, la zona del Alto Paraná, y el noroeste del país, en toda la región yerbatera.

En estos últimos años el Departamento de Higiene ha tenido que afrontar tres epidemias. En el Paraguay las epidemias ocurren en el otoño y principios del invierno, y no son tan perjudiciales porque el país cuenta con una serie de cortezas amargas, con variedades de quinina, que el pueblo conoce y cuyas propiedades terapéuticas aprovecha. No obstante esta modalidad del pueblo, el Departamento de Higiene dispone siempre de un considerable stock de

diversas sales de quinina, que suministra gratis con el control médico correspondiente. El Instituto Nacional de Parasitología y el Laboratorio de la Campaña Sanitaria efectúan también gratuitamente los análisis correspondientes.

La mortalidad ocasionada por este mal es muy baja. Para la terciana maligna, que es la que da bajas, es de 0.48%. Una epidemia ocurrida en julio de 1930 acusó las siguientes cifras:

Asunción .....	.....	.....	dió 2.9°/oo
Ytá .....	.....	12,787 ht.	dió 20.3°/oo
Capiatá	855	11,186 ht.	dió 76.5°/oo
San Bernardino	276	2,716 ht.	dió 101.2°/oo
Yaguarón	559	8,845 ht.	dió 63.1°/oo
Caacupé	25	7,361 ht.	dió 3.3°/oo
Piribebuy	876	8,899 ht.	dió 98.4°/oo
Barrero Grande	1,245	7,380 ht.	dió 168.7°/oo
Ytacucubí de la C.....	704	5,150 ht.	dió 136.7°/oo
Caraguatay	1,198	14,632 ht.	dió 81.9°/oo
San José de los A.....	2,779	9,984 ht.	dió 278.3°/oo
Ybytymi	219	6,055 ht.	dió 36.1°/oo
Total	9,244	179,911 ht.	dió 51.3°/oo

Esta epidemia fué de terciana benigna y no produjo decesos.

En el año 1931, en la zona del Alto Paraná, ocurrió otra epidemia más de terciana maligna, que atacó a los pueblos de San Joaquín, Bella Vista, San Lorenzo, Puerto 7 de Agosto, Salitre-cué Yhú, Yuty, Nacunday, Adelira, Puerto Cantera, Puerto Apeaimé, San Rafael, Puerto Adela, Capitán Meza, Carmen del Paraná, Caaguazú, Colonia Hoheanu, Encarnación, Jesús y Trinidad, Campichuelo, Pte. Franco, e Itápytá. Esta epidemia sobre 9,275 enfermos atacados desde el mes de enero a julio dió 45 muertos ó sea el 0.48% ya consignado para la mortalidad general para el resto del país. Otra epidemia, también de malaria maligna, ocurrió desde abril a mayo de 1932 también en el Alto Paraná, atacando los siguientes pueblos Camby-retá, San Rafael, Aguaray, Nacunday, Itapytá, Paranambú, Pirapytá, Pirapytamí, Puerto Ordoñez, Puerto Bertoni, Flores Jibajas, Puerto Franco, Embalses, Tacurupucú, Curupayty, Palmas, Aurora, Saez Peña, y Armisticio, produciendo 1,763 casos de enfermos, sin causar bajas.

Dr. BEJARANO (Colombia). Se han hecho aquí observaciones muy interesantes sobre la lucha antipalúdica en diferentes países afectados. Es muy importante hacer conocer también las modalidades de las epidemias palúdicas en Colombia, los conceptos que personalmente tengo sobre lo que podría significar para un país la enorme empresa del saneamiento del suelo y la manera como yo considero que espontáneamente va desapareciendo el flagelo del paludismo, de territorios antes infectados.

Colombia es un país bastante afectado por el flagelo del palu-

dismo. Las razones son precisamente geográficas y consisten en que sus grandes ríos inundan grandes extensiones de tierra en las épocas de lluvia. En cuanto al régimen de estaciones, allí sólo existen invierno y verano. Durante el invierno hay lluvias por un período de tres o cuatro meses, y el verano es época de sequedad. En el invierno, claro está, todos los ríos desbordan inundando grandes extensiones de territorio en las que, sobra decirlo, resulta impotente todo recurso para que pueda pensarse en la obra de drenaje y saneamiento.

Pero hay un hecho absolutamente acorde con el señalado hoy por todas las autoridades en materia de paludismo, especialmente en las escuelas francesa e italiana: mejoradas las condiciones económicas de un territorio por la penetración del ferrocarril o de vías de comunicación, automáticamente el paludismo desaparece. Ese es un hecho absolutamente incontrovertible en nuestro país, abonado por la dolorosa experiencia de regiones en las que casi cada travesía de ferrocarril significa la cruz de un obrero caído por el paludismo, y en las que, después de penetrar el ferrocarril, el paludismo ha desaparecido como por encanto. Así, en algunos puertos importantes sobre el Magdalena, que eran focos temibles de paludismo, el flagelo ha ido desapareciendo o disminuyendo, pero bien entendido que auxiliado todo esto también por las medidas permanentes que sostiene el Departamento Nacional de Higiene en nuestros puertos.

De suerte que podemos decir que la obra de bonifica de terrenos y bonifica humana, nosotros no la hemos emprendido, porque, en realidad, era superior a nuestras fuerzas, especialmente la relacionada con el saneamiento del suelo, por la enorme extensión de nuestro territorio y, sobre todo, porque las condiciones geográficas en que aún predomina el paludismo y que todavía hacen imposible la lucha.

Constituye un asunto de marcado interés la obra de los ferrocarriles en Colombia, especialmente en el decurso del último lustro, merced a la nueva organización que adoptaron. Los ferrocarriles nacionales estaban antes manejados directamente por el gobierno; pero como se observara que ese sistema no daba buenos resultados, se optó por darles una organización estrictamente comercial y ponerlos a cargo de una entidad denominada Consejo administrativo de los ferrocarriles nacionales. Este Consejo administrativo ha hecho lo que nosotros no habíamos hecho anteriormente: preocuparse, ante todo, de la suerte de los obreros empleados en las obras de los ferrocarriles y de las carreteras nacionales.

Antes se enviaban los equipos de obreros a penetrar en la selva sin estar provistos de elementos indispensables para defenderse del flagelo, sin médicos siquiera. Hoy aquello ha sido reemplazado por magníficos campamentos, por casas que reúnen todas las condiciones higiénicas, por servicios médicos insuperables y por la educación de

los obreros. En esa forma, a medida que los ferrocarriles y las carreteras han avanzado, se ha obtenido al mismo tiempo que el tratamiento de los obreros y la prevención del paludismo, una especie de cultura defensiva del obrero que se ha hecho extensiva a su ambiente familiar. Así pienso yo y deduzco que en realidad sería prematuro que nos empeñáramos en gastar ingentes recursos en saneamiento del suelo en regiones de relativa importancia, cuando con el transcurso de los días o de los años una obra de carretera o un nuevo ferrocarril, de verdadero beneficio para el país respectivo, significa automáticamente el saneamiento del suelo y, por consiguiente, la mejora de las condiciones económicas, aspecto éste que tampoco debemos olvidar, porque en la defensa humana contra el paludismo está también el factor alimentación.

Quiero ahora referirme a un punto que ha tocado mi distinguido colega el Dr. Núñez, de Costa Rica. Es el relativo a la aplicación de tarifas aduaneras, que prácticamente ha prohibido la importación de artículos alimenticios, resultando como consecuencia un renacimiento de la agricultura y con ella la resurrección de algunos cultivos, especialmente del arroz. El desarrollo de estos cultivos entrañará a mi modo de ver un enorme peligro para el recrudescimiento del paludismo, lo que ya se ha producido en los lugares en que casi había desaparecido. Ello se debe a que desgraciadamente esos cultivos no se hacen en forma científica, como en Italia. Allí se ha organizado un sistema de canales en los que el agua no se estanca, sino por el contrario, se renueva constantemente.

Naturalmente correspondería preguntarse si sería cierta la teoría, la hipótesis formulada por el Prof. Alessandrini, aplicable desde el ser humano hasta el parásito transmisor del paludismo, de que la larva de los anófeles en los arrozales es de una enorme resistencia física, de un gran vigor. Dicho profesor cree que el paludismo en el anófeles es también una enfermedad adquirida y que por consiguiente esas larvas nutridas con una enorme cantidad de clorófila están en mejores condiciones físicas de resistencia, por lo cual son absolutamente inofensivas para el hombre; pero lo cierto es que esa hipótesis no tiene aplicación entre nosotros, porque se ha comprobado que el fomento del cultivo de arroz ha hecho que se vuelva a sentir el paludismo con toda intensidad en las zonas en que había desaparecido. De ahí que yo considere importante lleguemos aquí a conclusiones precisas y coincidentes para que todos nosotros aconsejemos a nuestros respectivos países las normas generales que deben regir el cultivo del arroz y que se encargarían de controlar las autoridades sanitarias. Además de esas normas generales para los cultivos, es también de fundamental importancia dictar todas las normas que se consideren indispensables para luchar contra el paludismo, y ellas deben ser a base de educación. Todos sabemos que ésta ha sido la base implantada por Mussolini en Italia

para combatir el paludismo. Mientras no haya escuelas rurales como existen en Italia, debemos difundir en el pueblo la necesidad de observar estrictamente ciertas normas. Sabemos que nuestros obreros son refractarios a seguir consejos, como por ejemplo el de la quinina preventiva. No se les puede someter a ninguna disciplina en ese sentido, y la única manera en que a mi juicio puede haber una verdadera penetración de la terapéutica preventiva contra el paludismo, es el de la educación. En Italia este procedimiento ha tenido mucho éxito. Si se conversa con un niño de 3 ó 4 años y se le pregunta cuál es el producto con que puede prevenirse del paludismo, inmediatamente contestará, y sin titubear, que es la quinina.

Otro de los graves errores en que a mi modo de ver han incurrido las autoridades de nuestros países, ha sido el de mantener tarifas casi prohibitivas para la importación de productos que nos sirvan para la lucha contra el paludismo. Me parece que éste es un punto, sobre el cual deberá pensar la Conferencia Sanitaria Panamericana, a fin de insinuar a los gobiernos contemplen este punto de vista. Además, nuestros institutos de higiene deberían tener secciones destinadas a la fabricación de la quinina con quininas de los mismos países. De acuerdo con leyes estudiadas por malariólogos italianos, por la riqueza de los alcaloides y la pureza de las sales, es mejor utilizar la quinina del país que traerla del extranjero.

Por experiencia pues, de mi país, insisto en pensar que la obra de lucha contra el paludismo se produce al mejorar las condiciones económicas de los campesinos con la penetración, sea de ferrocarriles, sea de carreteras, lo que indudablemente las mejora. Además, merced a esas vías de comunicación hay casi siempre un saneamiento del suelo: desmontes, desecación de pantanos, canalización de aguas estancadas, etc.

Debo agregar también que el Departamento Nacional de Higiene ha adelantado y sostenido una intensa campaña antilarvaria en todos los puertos así fluviales como marítimos y en tales ciudades el paludismo ha disminuído en forma bien apreciable.

Esas son las sugerencias que me permito hacer en presencia de la realidad. Es utópico pensar ahora en grandes obras de saneamiento. Los gobiernos no podrían hacerlas. Si bien es cierto que nosotros hemos luchado contra el mosquito, esa lucha se ha reducido a los grandes centros de población, porque en los grandes centros rurales esa lucha sería un mito, de realización imposible. A mi juicio, por el momento sólo hay un método: el educativo, que daría resultados verdaderamente insospechables. Ese sería el mejor método preventivo para combatir el paludismo.

Dr. SUSSINI. Después de haber mostrado las diferentes localidades donde se han hecho obras de diferentes tipos para luchar contra el paludismo, considero interesante hacer una rápida expo-

sición de las obras de irrigación que se realizan en una ciudad donde hay paludismo.

Este mapa que exhibo corresponde a Salta, que es muy palúdica. Como puede verse, hay una serie de canales, en los cuales se han realizado obras sanitarias de importancia. La función principal de esos canales es impedir que la ciudad sea inundada por el agua de precipitación. La Dirección de Irrigación ha hecho estos canales de desagüe (*los indica*), como también desecado grandes lagunas y charcos. Todos estos canales van a un río llamado Arenales. La serie de rayas azules que se ven señalan los canales construídos con el objeto de dar posibilidad de vida económica y agrícola a la región. Luego todos ellos van convergiendo a un punto para terminar. De manera que como punto fundamental, se adopta el sistema de fertilizar las tierras y mejorar sus condiciones económicas para darle vida, y luego nos ocupamos de la parte sanitaria propiamente dicha. El plan de estos trabajos es coordinado, interviniendo Obras Sanitarias, la Dirección de Irrigación y el Departamento Nacional de Higiene.

Tenemos ahora proyectada una obra de más aliento. En este punto (*lo indica*) está el río Ariel, de corta extensión, que queda seco durante el invierno, corriendo muy poca agua en su lecho. En este punto está el río Arenales. Nosotros proyectamos comunicar el río Ariel con el Arenales, de manera que una gran parte será excluída. En esa forma se logrará alejar la zona peligrosa de la ciudad de Salta, a una distancia de 4,000 a 6,000 m. Era esto sencillamente lo que quería mostrarles sobre el proyecto que tenemos en vías de realización para el año 1935.

Dr. VACCAREZZA (Argentina). De las diversas exposiciones escuchadas en el curso de esta sesión sobre el paludismo en América, se puede inferir el diferente éxito que se obtiene con los métodos de saneamiento en relación con las distintas especies de agentes vectores de esa endemia y con las características climáticas y topográficas de cada lugar. Es así, como un mismo método aplicado por ejemplo en Costa Rica y en el Perú, ha dado resultados muy diversos, de acuerdo con la distinta especie del agente vector. Y es que, como bien lo ha dicho el Dr. Paz Soldán, los métodos de saneamiento pueden dar resultados muy variables de una región a otra. Es entonces esencial que estos métodos se fundamenten en la biología del vector, y antes de iniciar o de aconsejar una campaña de saneamiento interesa conocer con seguridad a qué especie corresponde el vector, cuáles son sus condiciones de vida, cuáles sus modalidades de desarrollo, etc., y recién después de conocidas esas condiciones se podrá planear una campaña con perspectivas de éxito. Métodos que han sido útiles y benéficos en un país, pueden resultar en otros un fracaso más o menos rotundo, y es por eso que

una acción emprendida sin el estudio previo de esos factores biológicos puede llevar a dilapidar los dineros públicos.

Por lo pronto, las investigaciones últimas realizadas por el Departamento Nacional de Higiene entre nosotros, comprueban que el sistema habitual de saneamiento del suelo es hasta cierto punto contraproducente, y que son esos drenajes limpios los que más favorecen el desarrollo del *A. pseudopunctipennis* y que aquellos drenajes abandonados, con una vegetación más o menos frondosa, son los que menos se prestan al desarrollo de las larvas.

Teniendo en cuenta estos hechos, es que en nombre de las delegaciones de Costa Rica, de Colombia y de la Argentina, propongo a la consideración de la Conferencia el siguiente voto:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana juzga de la mayor importancia que las administraciones sanitarias de los países del Continente concedan toda la atención que merecen a los estudios sobre la malaria y sobre los métodos más seguros y económicos para reducir los daños que ocasiona, sosteniendo o creando con tal fin centros de investigación y de experimentación antimalárica; y que los resultados a que cada una llegue sean publicados y remitidos a las demás administraciones, ya directamente, ya por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Como punto especial de estudio recomienda la determinación de los caracteres biológicos de los agentes vectores del paludismo, a fin de que los métodos de saneamiento deriven de las condiciones de desarrollo del vector, que pueden ser muy distintas de una especie a otra, requiriendo procedimientos diferentes de lucha: y que se mantenga como tema de la próxima Conferencia todo lo relacionado con este flagelo de grande significación en la insalubridad americana.

Dr. SAMANIEGO (Ecuador). Las palabras que acaba de pronunciar el señor Delegado argentino son casi en un todo coincidentes con un voto que había formulado, y que iba a proponer a la asamblea. Dice así:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve que el paludismo continúe figurando permanentemente entre los temas a tratarse en cada Conferencia Panamericana, hasta que se logre la extirpación de esta endemia.

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta que el paludismo constituye una verdadera enfermedad social cuya extinción interesa por igual a todos los países de América, se permite recomendar a los gobiernos del Continente: 1° que se preste la mayor atención a las clasificaciones demográficas, parasitarias, etiológicas, y de higiene rural en las regiones palúdicas, tratando de determinar en cada una las condiciones biológicas y la campaña que debe adoptarse de acuerdo con los estudios realizados; 2° que las investigaciones y métodos de lucha sean comunicados en forma periódica a los diversos países de la Unión Panamericana.

Dr. OSCAMOU (Panamá). El distinguido Delegado por Colombia, Dr. Bejarano, me ha consultado respecto del empleo de la quinina para la profilaxia y la clínica del paludismo. En el primer Congreso Sanitario de Panamá, el distinguido malariólogo Dr. Carley, vicepresidente de ese congreso, ha dejado establecido en forma categórica que el uso de la quinina preventiva o profiláctica no es beneficioso, sino que es más bien perjudicial. Como éste es un tema muy interesante, propondría que esta autorizada Conferencia Panamericana se pronunciara con respecto a la idea del Dr. Carley, y que de aquí saliera un voto o un consejo al respecto, que sería tenido muy en cuenta por todas las autoridades sanitarias.

Dr. LIMA (Brasil). A propósito de este tema, considero interesante revelar a la asamblea los datos sobre paludismo obtenidos indirectamente en el Brasil a raíz de la implantación del servicio de viscerotomía, y digo indirectamente porque el servicio de viscerotomía no fué implantado con ese objeto. Ocupa ese servicio una vastísima extensión del territorio del Brasil, y mediante los datos por él obtenidos ha sido posible determinar la distribución del paludismo en el país. Esa es una de las ventajas del servicio de viscerotomía, gracias al cual tenemos una carta geográfica de la distribución del paludismo en el Brasil, compuesta mediante los datos obtenidos a través de ese servicio.

Dr. BEJARANO. Yo creo conveniente que nos pronunciemos sobre la cuestión planteada por la Delegación de Panamá. Yo no conozco los fundamentos en los cuales el Dr. Carley apoya su opinión, pero sería cuestión muy interesante para nosotros, especialmente para los países interesados en el paludismo, que se hiciera en una de las sesiones próximas un debate sobre el particular, esperando que él ha de aportarnos luces, pues hay aquí hombres de mucha experiencia en la lucha contra el paludismo, entre otros el Dr. Paz Soldán que ha sido un innovador en esta materia, quien podría quizás darnos algún informe sobre el resultado que obtiene con la quinina como medio de prevención, porque desearía que no dejáramos en el olvido la sugestión hecha por el señor Delegado de Panamá. Tal vez ello podría ser objeto de consideración en otra reunión.

Dr. PAZ SOLDÁN. Adelanto mi opinión desde ya. Ni antes, ni durante, ni después de la infección, la quinina produce ningún daño. Puede haber casos excepcionales, o de mala administración, pero jamás en manos competentes la quinina produce otra cosa que éxito.

Dr. ARROYO (Guatemala). Abundo en las ideas que acaba de expresar el señor delegado del Perú. En mi país no hemos tenido ningún caso en que la quinina, como medio preventivo para combatir el paludismo, haya causado ningún daño.

Dr. OSCAMOU. No soy una autoridad en esta materia, y no he hecho si no referirme a un malariólogo que tiene reputación universal y que es miembro del Instituto Rockefeller. De manera que me dirijo más bien a los especialistas que hay en esta Conferencia, porque creo, como el señor Delegado de Colombia, que sería muy interesante dilucidar esta cuestión.

El Sr. PRESIDENTE. Si los señores Delegados me permiten, voy a tomarles algunos minutos para hablar sobre este asunto, porque me parece que el problema es de una importancia tan grande, americana y mundial, que vale la pena que hablemos, si podemos arribar a algunas conclusiones útiles.

En el mundo hay 700 millones de maláricos. La América, con excepción del Uruguay y no sé si en absoluto de Chile, paga un tri-

buto enorme a esta enfermedad. En nuestro país, como lo ha dicho muy bien el Dr. Sussini, cerca de 300,000 Km²., de las regiones más hermosas y feraces de la República, con una población de un millón de habitantes aproximadamente, están azotados por esta plaga. Durante los años que tuve el honor de ejercer la presidencia del Departamento Nacional de Higiene, di a la lucha contra el paludismo una preferencia que consideraba justificada por la importancia del flagelo, el más grande sin duda alguna en nuestro país. Hoy recibo, realmente con un poco de amargura, la declaración del Presidente del Departamento Nacional de Higiene, de que en algunos de los sitios en que más me había esforzado para trabajar en la lucha contra el paludismo, los resultados habían sido un fracaso.

Desde el principio de mi actuación como Presidente del Departamento Nacional de Higiene, quise que se hiciera un estudio prolijo a este respecto, y con ese objeto invité a venir al país a uno de los grandes especialistas en enfermedades tropicales, el Prof. Mühlens, de Hamburgo. Fué él que por primera vez hizo una investigación completa en Tucumán. En realidad, se habían hecho ya estudios interesantes por el propio Departamento de Higiene, pero el profesor Mühlens los hizo con una exactitud y empeño realmente extraordinarios, suscitando, por otra parte, en sus discípulos y colaboradores, ese mismo empeño. Fué él quien encontró que en algunas escuelas de Villa Monteros había un 40 por ciento—y si no recuerdo mal, en alguna escuela del pueblo viejo, hasta un 60 por ciento—de niños enfermos.

El Prof. Mühlens dejó allí para que continuaran esos estudios, colaboradores y discípulos entusiastas que él había formado y por consiguiente una semilla fecunda que aproveché útilmente en los años posteriores. Por otra parte tuve también la suerte—y tengo especial satisfacción en decirlo, porque debo agradecer a los que me ayudaron en eso—de que la Fundación Rockefeller, tan dignamente representada aquí, mandara una misión a mi país. Ya había venido una antes, pero, por razones desagradables de recordar, tuvo que retirarse, y yo conseguí, después de mucha insistencia, y autorizado por el Presidente Alvear que la benéfica Fundación Rockefeller volviera a mandar otra. Quedé sumamente agradecido a la Presidencia y Consejo Directivo de la Fundación en aquella época, que me complació de esa manera, cooperando en nuestros trabajos.

La Fundación Rockefeller, como suele hacer casi siempre, prefirió tomar un departamento de las provincias más afectadas, de Tucumán, por ejemplo, y hacer allí las investigaciones y lo que ellos llaman una demostración. Tengo que agradecer enormemente a la Institución no sólo por lo que hizo en ese departamento, que era relativamente pequeño, sino por sus métodos, sus procedimientos y, sobre todo, por su empeño en el trabajo, que fué un estimulante

poderoso para los demás que trabajaron a las órdenes directas del Departamento Nacional de Higiene en esa y en otras provincias. De suerte que lo que ellos hicieron allí, en esa Villa de Medinas, nos propusimos, con otros funcionarios del Departamento, hacerlo en otros puntos, y especialmente en la Villa de Monteros, que el Dr. Sussini recordó hace un instante. Debo, como acto de justicia, recordar también que ya antes el Departamento Nacional de Higiene, bajo la dirección del Dr. Bachmann, eminente bacteriólogo que si no está presente ha colaborado eficazmente en la organización de esta Conferencia, había realizado ya trabajos y demostraciones en otra villa del sud de Tucumán, en Famaillá. Estos son datos de historia que recuerdo para agradecer una vez más—repito—el concurso de la Institución Rockefeller, y, muy particularmente, del Dr. Davis, que fué jefe de aquella misión durante algunos años y que, desgraciadamente, ha perdido su vida en el Brasil.

Pues bien: La lucha antipalúdica en nuestro país se ha procurado encararla bajo todas sus fases, haciendo un plan lo más ecléctico posible, según lo expuse en una ponencia sobre ese asunto en 1926 en nuestro Tercer Congreso Nacional de Medicina (Orientación y estado actual de la lucha antipalúdica—*La Semana Médica*, 1926, No. 28).

Lo que ha dicho hoy el señor Delegado de Colombia, se aplica en gran parte a nuestro país. Tenemos regiones extensísimas, con grandes ríos, que en el invierno no tienen casi agua, pero que en el verano—en nuestro país el régimen es opuesto al de Colombia—reciben grandes lluvias e inundan grandes extensiones de terreno, no siendo posible pensar en emprender grandes obras de saneamiento en esos lugares, que por otra parte, dada su población relativamente pequeña, no costearían esos trabajos. Tales obras de gran bonífica sólo pueden hacerse cerca de ciudades grandes, como lo ha dicho el Dr. Sussini para Salta.

Nuestro plan, entonces, fué el siguiente: Hacer para las principales ciudades y poblaciones obras de bonífica píccola y mediana, muy raras veces grandes, por no haber recursos para ello; usar, por otra parte, todos los otros medios de lucha antilarvaria, como protección mecánica, petrolización, Verde de París, etc., y hacer, muy especialmente, en la mayor medida posible, la bonífica humana, que en todas partes es esencialmente cuestión de personal y de quinina, es decir de dinero.

Quiero sintetizar en breves palabras mi opinión sobre los resultados obtenidos, porque ello tiene importancia aún para la cuestión suscitada por el señor Delegado de Panamá. Empiezo por decir que la bonífica humana, a mi juicio, es absolutamente segura en su acción. Podrán ser más o menos grandes sus beneficios, según sea la habilidad y la competencia con que la quinina es administrada, y también la perseverancia, que es lo que falta generalmente en

nuestra gente de campo, que en cuanto se siente un poco mejor deserta y hay que buscarla de todas maneras para tratarla. Pero la bonífica humana, como tratamiento perseverante, peresistente, cuando se dispone de personal grande para poder recorrer diariamente casa por casa, rancho por rancho, como lo hizo la Fundación Rockefeller en su distrito y procuramos hacerlo nosotros en otros, produce un resultado evidente y seguro. Y en cuanto a la quinización como medio preventivo, yo creo que todos los que tenemos alguna experiencia de su empleo en territorios un poco vastos, tenemos el derecho de afirmar que ella es de positiva y segura utilidad, como lo ha comprobado la inmensa experiencia de los italianos, durante la guerra europea y la de los ejércitos franceses, en Macedonia y en otros países.

La quinización preventiva, que no tiene en general inconvenientes—en casos aislados puede tenerlos—constituye el arma más poderosa con que podemos contar, sobre todo porque no requiere ingentes dispendios, en relación con las obras de saneamiento.

La pequeña bonífica, la lucha antilarval, la canalización, toda la obra que se ha hecho en Monteros—que el Dr. Sussini ha citado hoy—yo creo que es de gran utilidad. Después de una serie de años en que el índice ha caído gradualmente y con rapidez de 40 y aún 60 a 1.5, 2 y 3, no es posible negar la acción benéfica de ese tratamiento, aunque desgraciadamente en los últimos años hemos tenido, según ha dicho muy bien el Dr. Sussini, un retroceso, un relativo fracaso. Es muy triste comprobar esa caída, y habría que buscar con cuidado y pido eso al Dr. Sussini, que seguramente ya lo estará haciendo, los factores que han podido traer esa perturbación. A pesar de todo, no creo que pueda dudarse de que los grandes resultados obtenidos se debieran a esa acción.

El señor Delegado de Costa Rica ha señalado la necesidad de que los desagües y drenajes se hagan en tubos de cemento. Yo creo que en efecto, ellos deben hacerse, si es posible, en caños o conductos cerrados. Los canales abiertos, por mucho que se trate de mantenerlos en buenas condiciones, según indican las observaciones hechas en Jujuy, que realmente trastornan un poco las ideas al respecto, así como observaciones anteriores, serán siempre propicios a la pululación de larvas. Los canales cerrados son más costosos, pero sus resultados son más definitivos. De modo que no podemos, repito, dejar de practicar las obras de pequeña bonífica y de canalización, sino llevarlas al mayor grado de perfeccionamiento posible. Para ello será necesario, sin duda, conocer las condiciones biológicas de los vectores, obra larga pero indispensable. Ya lo está haciendo, desde hace años, el Departamento Nacional de Higiene, que hizo venir, durante mi presidencia, al sabio especialista Dr. Shannon, con ese objeto, y continúa su campaña, por lo que

merece nuestro aplauso, pero evidentemente lograremos un mejoramiento considerable con decisión y perseverancia.

El Dr. Bejarano, Delegado de Colombia, ha insistido sobre un aspecto acerca del cual yo he hablado y escrito mucho en mi país: *La educación del pueblo*. Ese es un factor de capital importancia. A medida que la situación económica, por una parte, y la cultura del pueblo, por la otra, mejoren, se irá ganando evidentemente mucho en la lucha contra el paludismo, como contra todas las enfermedades sociales, endémicas o epidémicas.

La enseñanza en todas las formas posibles, empezando por la escuela—aspecto sobre el cual hemos insistido mucho—tiene una importancia fundamental. La Sección respectiva del Departamento Nacional de Higiene se ha ocupado mucho de esta cuestión y yo, personalmente, a más de distribuir panfletos, artículos, volantes, etc., he procurado siempre hablar en escuelas, cinematógrafos, en los clubs y los teatros, trabajando para la formación de la conciencia popular sin la cual ninguna campaña puede realizarse con éxito.

En la medida de lo posible debe organizarse un plan ecléctico: gran bonífica en la mayor parte posible de los sitios, cuya población sea capaz de corresponder a los servicios; píccola bonífica, lucha antilarvaria, mejoría humana, bonífica humana y educación popular. Si se cumple ese plan ecléctico que debe ser elástico y adaptarse a las circunstancias y condiciones de cada país—como se ha dicho muy bien—creo que tenemos derecho a esperar el éxito. No llegaremos a extirpar el mal—el señor Delegado del Ecuador ha dicho: hasta que llegemos a la extinción—porque en el continente americano, con sus enormes ríos, sus lluvias colosales y, sobre todo, con su escasa densidad de población, no será posible lograr la desaparición completa del mal, pero sí podemos llegar a su reducción a términos muy pequeños en las zonas más densamente pobladas, que son las que más interesan, pues el resto cuenta poco desde el punto de vista social.

Estas son, en términos generales, las ideas que quería exponer, como frutos de una larga campaña realizada por mí con el mayor interés. Dejo también expresada mi confianza absoluta, indestructible, en que en países pobres y poco poblados, la bonífica humana y la acción preventiva de la quinina constituyen las mejores armas en la lucha contra el paludismo.

Corresponde ahora considerar los votos presentados por las Delegaciones de la Argentina, Costa Rica y Colombia, y otro que ha dejado redactado el señor Delegado de México, Dr. Miranda, que ha debido retirarse para asistir a una sesión de la Academia Nacional de Medicina y del que se dará lectura por secretaría.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los países americanos que aún no lo hayan hecho que emprendan una investigación en su

respectivo territorio sobre la repartición geográfica de las especies hematófagas veitores de enfermedades.

El Sr. PRESIDENTE. Estos votos se refieren a estudios y trabajos y a su coordinación en los diversos países. No pueden contar sino con el aplauso de todos, y podrían pasar a la comisión respectiva para que les dé forma.

Asentimiento general.

El Sr. PRESIDENTE. Continuaremos ahora con la consideración de las otras enfermedades tropicales.

Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica, Dr. Solón Núñez, que se referirá a la anquilostomiasis.

UNCINARIASIS

Dr. NÚÑEZ. No haré una disertación sobre anquilostomiasis; ninguno de ustedes me lo perdonaría. Quiero, como en el caso del paludismo, colocarme en un terreno netamente práctico. Desde hace muchos, años, los países de América, con la cooperación de la Fundación Rockefeller, han emprendido una amplia campaña de reducción y de control de la anquilostomiasis. Como en el paludismo, no cabe decir "extirpación" de la anquilostomiasis.

Indudablemente, el tiempo y el dinero empleados en esta lucha, han dado resultados efectivos. En primer lugar, se ha logrado educar a los diferentes pueblos en un aspecto que les era completamente desconocido. Es ahora del dominio público que la anquilostomiasis es una enfermedad grave que influye poderosamente en la curva de la mortalidad y, sobre todo, en la curva de incapacidad para el trabajo. Saben también todos los pueblos de América, algo más importante: Que la anquilostomiasis es una enfermedad curable, que hay, dichosamente, drogas específicas contra ella y otra cosa más importante, que la anquilostomiasis es una enfermedad evitable.

Después de tanto trabajo realizado en este asunto, cabría preguntarse si la anquilostomiasis ha desaparecido en algunos países. Recuerdo que en una conferencia celebrada en el año 1927 o 1928, una persona o autoridad, demasiado optimista, sostuvo que en las zonas donde se habían emprendido trabajos contra la anquilostomiasis se había extirpado ésta totalmente. Grave error. Lo que se ha conseguido es solamente disminuir la existencia de la enfermedad, y esto puede comprobarse fácilmente si se comparan las cifras de dos campañas sanitarias realizadas paralelamente con 4 ó 5 años de diferencia. Se verá que, desgraciadamente, el porcentaje de infectados es el mismo. Lo que se logra, y esto es de capital importancia desde el punto de vista individual y epidemiológico, es la reducción de la infección individual. Esta deducción basada en la experiencia, me permite llegar a una afirmación concluyente: Que en las futuras luchas contra la anquilostomiasis no es necesaria la

inversión de importantes sumas de dinero. Sabemos que la higiene en general es cara; se gasta bastante dinero, que los gobiernos en general se resisten a dar por sus condiciones económicas. De manera que hay que aprovechar en la mejor forma hasta el último céntimo. No debe iniciarse ninguna lucha contra la anquilostomiasis sin conocer antes el grado de infección de una localidad determinada.

He querido hacer esta recomendación a la Conferencia por si hubiera algunos países que no tuvieran la experiencia que nosotros hemos recogido durante tanto tiempo. No vale la pena hacer una lucha intensa contra la anquilostomiasis gastando mucho dinero, si el grado de infección individual no constituye ningún peligro para el sujeto, ni tampoco del punto de vista epidemiológico.

Voy a entrar ahora al aspecto preventivo de la anquilostomiasis. Hemos comprobado en las zonas afectadas que, después de 5 ó 6 sesiones de tratamiento, un gran porcentaje de enfermos se curaban, pero que luego volvían nuevamente a enfermarse debido a la contaminación del suelo. De ahí que nosotros orientemos nuestra lucha contra dicha enfermedad sólo teniendo en cuenta el saneamiento del suelo. El público sabe ya que la enfermedad es evitable y curable. Por lo tanto, hay que decirle cómo se evita, utilizando los mejores medios para hacer esa campaña preventiva. Durante mucho tiempo se construyeron enormes cantidades de letrinas, pero estaban hechas en tal forma que, no obstante la campaña de cultura que se realizaba aconsejando el uso de excusados, mucha gente se resistía a utilizarlos por considerarlos hasta insanitarios. El problema ya ha sido resuelto en mi país. Seguramente lo mismo ocurrirá en todos, pero por si alguno tuviera interés me permitiré exhibir una serie de proyecciones, en las que figura en detalle el tipo de excusado que se considera el más perfecto para esa obra sanitaria, cuyo costo está al alcance de todos. A fin de permitir la adquisición de esos excusados a las personas excesivamente pobres, las municipalidades de nuestro país han dado grandes facilidades de pago. Sólo se exigen 20 céntimos de dólar por semana y al cabo de poco tiempo se cancela totalmente la deuda. (*El orador exhibe 16 láminas.*)

Dr. MASI (Paraguay). Yo quiero dar lectura al trabajo realizado por el Departamento Nacional de Higiene de mi país en colaboración con la benemérita Fundación Rockefeller, la cual tomó a su cargo durante cinco años una labor intensa contra la anquilostomiasis.

Después de llevarse a cabo varias campañas contra la uncinaria en el Paraguay, por el Decreto No. 557 de fecha noviembre 10 de 1923, el P. E. de la Nación suscribió un contrato con la Fundación Rockefeller, por el término de 5 años, para efectuar una campaña cooperativa contra la anquilostomiasis en todo el territorio de la

República. El siguiente cuadro resume la labor realizada por este trabajo cooperativo durante todo el tiempo del contrato.

TRATAMIENTOS

Años	Censo	Primeros	Otros	Total	Costo
1924.....	74,183	36,117	15,847	51,964	C/L 19.28
1925.....	115,740	75,664	53,440	129,104	C/L 17.34
1926.....	180,007	122,954	97,727	220,681	C/L 13.42
1927.....	161,597	108,414	85,663	194,077	C/L 14.52
1928.....	114,889	80,979	61,977	142,956	C/L 17.29
TOTALES.....	646,416	424,128	314,654	738,762	C/L 15.35

Terminado el contrato el 31 de diciembre de 1928, por razones de complicaciones internacionales, no se renovó, pero el Gobierno del Paraguay aprovechando el material y el personal perteneciente al Servicio, continuó la obra realizada, siguiendo los mismos métodos y el mismo criterio y continuó el Servicio por 4 años más con el siguiente resultado:

TRATAMIENTOS

Años	Censo	Primeros	Otros	Total
1929.....	26,840	21,022	12,693	33,715
1930.....	22,336	25,895	15,378	41,273
1931.....	27,310	16,159	8,750	24,955
1932.....	27,792	17,009	8,962	26,032
TOTALES.....	104,278	80,085	45,783	125,935

El costo de esta época del Servicio no ha sido calculado porque fué hecho dentro de los recursos ordinarios del presupuesto de gastos y su personal ya no fué contratado, sino que eran empleados del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

Por razones del peligro de que el país fuera invadido por la fiebre amarilla por medio de los prisioneros bolivianos, el Servicio Anti-helmíntico fué temporalmente suspendido durante el año 1933, porque su personal pasó a formar parte del Servicio de Profilaxis de la Fiebre Amarilla a cargo de la Fundación Rockefeller, que fué contratada para el efecto. Se reiniciaron los trabajos recién en 1934 con el siguiente resultado:

TRATAMIENTOS

Año	Primeros	Otros	Total
1934	2,457	1,733	4,190

TOTAL GENERAL DE TRATAMIENTOS

Años 1924/34.			
Censo	Primeros	Otros	Total
753,208	508,650	362,170	873,887

Dr. BEJARANO (Colombia). Yo pido perdón a los señores Delegados por haber hecho uso de la palabra en repetidas ocasiones en el curso de esta sesión, pero, como se han tratado enfermedades que interesan directamente a mi país, me ha parecido oportuno aportar algunas ideas sobre asuntos que nosotros conocemos—y quizá parezca esto una jactancia—en forma superabundante. Y esto me da ocasión para subrayar lo que yo he considerado la obra más trascendental de la Fundación Rockefeller en materia de defensa sanitaria, y es la ayuda prestada a los países endemiados por la anemia tropical, endemia de incalculables consecuencias de orden social y de orden económico. Yo no considero tan importante la obra de la Fundación Rockefeller en la lucha contra la fiebre amarilla, a pesar de que ella ha beneficiado grandemente a mi país, por considerar que lo que ha hecho respecto de la anemia tropical ha sobrepasado los límites de todo lo que hubiéramos podido esperar para la extirpación de esa endemia. Efectivamente: La fiebre amarilla puede preocuparnos desde el punto de vista internacional y por lo que ella puede significar para la mortalidad; pero no hay nada acaso ni comparable a los males que en nuestro país ocasionaba la anemia tropical, sobre todo si se tiene en cuenta el reflejo de la enfermedad sobre la vida económica del país. La anemia tropical ha sido en Colombia la gran endemia y la enfermedad que social y económicamente nos interesa más. Su existencia y sus peligros fueron señalados por el Profesor Roberto Franco desde hace más de 30 años, y por posteriores estudios que han demostrado la extensión de la infestación del suelo y la humana, que llega a un 80 por ciento de la población que habita las zonas afectadas por la endemia.

La lucha contra la anemia tropical se inició en Colombia el año 1921, en que, con ayuda de la Fundación Rockefeller en la forma en que ella lo ha hecho en otros países, se realizó con toda eficacia. Esta campaña comenzó por aquellos departamentos más afectados, correspondiendo principalmente la lucha a las regiones donde se cultiva el café, que es la industria básica de Colombia.

Vale la pena decir aquí que la anemia tropical tiene para nosotros una triple importancia: económica, social y patológica. Económica por cuanto el individuo parasitado ve disminuir sus fuerzas en más de un 50 por ciento, es decir, que su capacidad de trabajo queda entonces reducida a un *mínimum*, lo que ya puede hacer suponer cómo se afectan la riqueza pública y la particular con un personal trabajador tarado en esa forma. El aspecto social se refiere al grado de extensión de la enfermedad entre los trabajadores campesinos, en cuyas manos está el porvenir de nuestra riqueza. El aspecto social abarca también otras fases muy dignas de tenerse en cuenta en esta enfermedad: Ella conduce al pauperismo, la mendicidad, la vagancia y aun, en los niños, a reacciones antisociales. En ese aspecto social debemos señalar asimismo las consecuencias

raciales, pues es bien sabido que la anemia tropical influye sobre el sujeto en tal forma que trae una gran decadencia de todas sus glándulas de secreción interna, especialmente cuerpo tiroides, testículo, glándula suprarrenal.

El aspecto patológico lo abarca la enfermedad misma, múltiple en sus manifestaciones y más grave aún por lo que ella abre la puerta a otras enfermedades que vienen a sumársele: tuberculosis, paludismo, etc.

La campaña se ha adelantado en Colombia a base de saneamiento del suelo y del tratamiento de los enfermos. Ese tratamiento ha llegado hoy a la cifra de tres millones de enfermos tratados. Sería prolijo hablar aquí de la forma cómo se ha adelantado la campaña, su organización, etc.; pero quiero decir que el Departamento Nacional de Higiene observa en todo su rigor el saneamiento del suelo.

En lo que respecta a la forma que deben tener los excusados, el Departamento Nacional de Higiene, de acuerdo con la Sección de Higiene Rural, ha repartido profusamente hojas volantes en las que está el diseño del modelo y la manera como debe mantenerse. Este asunto del excusado, al parecer insignificante, lo considero trascendental en la campaña contra la anemia tropical.

En Colombia, lo mismo que en otros países, según hemos oído a otros Delegados, la campaña contra la anemia tropical ha sido combatida por aducirse que el excusado habría atraído el paludismo a regiones donde no existía, y que los trabajadores se resisten a hacer uso del excusado por la costumbre que han tenido desde niños de hacer sus defecaciones en cuclillas y en el suelo. Lo primero es inaceptable. Desde luego, sabemos que en los hoyos de los excusados abundan solamente mosquitos del género culex, absolutamente inofensivos. En cuanto al otro pequeño detalle, puede remediarse valiéndose del excusado llamado "a la turca," que sería más económico y tendría más solidez haciéndolo de cemento.

Es importante declarar que la campaña contra la anemia tropical ha tenido como buena consecuencia la educación del pueblo. Ella se ha hecho a base de una intensa campaña de conferencias, folletos y películas cinematográficas, que han sido llevadas de pueblo en pueblo por las comisiones encargadas del saneamiento y tratamiento. Es a base de educación, de difusión del calzado en el campesino, y especialmente de saneamiento del suelo como debe adelantarse y sostenerse la campaña contra la anemia tropical. Pero esta campaña no debe decaer, sino que debe mantenerse en todo instante; y desde este punto de vista sería bueno recomendar a los países interesados en ella que la continúen hasta que la endemia haya bajado en proporciones tranquilizadoras.

Igualmente quiero destacar en esta ocasión solemne la obra trascendental de la Fundación Rockefeller en la campaña antianémica en la América tropical. Esa ayuda de la noble institución ha

sido enorme y decisiva también en la lucha contra la fiebre amarilla, pero considero que ninguna iguala en importancia, por las razones que he enunciado, a la campaña contra la anquilostomiásis. Y por esta razón me permito proponer un voto de gratitud de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana a la Fundación Rockefeller. Es el siguiente:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, deja constancia de su gratitud a la Fundación Rockefeller por la forma como ha contribuido a la campaña contra la "*Anemia Tropical*" en los países afectados por tan extendida y temible endemia.

Dr. SOPER (Fundación Rockefeller). Debo manifestar que la Fundación Rockefeller, al realizar sus trabajos de investigación y estudio, no hace más que cumplir la función para la cual fué creada, de manera que las oportunidades de trabajar dependen de la confianza de las autoridades de los diversos países, a quienes agradezco, en nombre de la Fundación, el haber brindado esas oportunidades.

El Dr. Bejarano dijo que la anquilostomiasis es más interesante que la fiebre amarilla. Es posible, mas yo creo, por mi parte, que la fiebre amarilla es más interesante que cualquier otra cosa. En un tiempo, yo creía que la anquilostomiasis era el asunto más interesante del mundo, justamente porque yo me dedicaba exclusivamente a ella. Empecé los trabajos en la América del Sur, primero en el Brasil y después en el Paraguay, en los servicios de anquilostomiasis. Después me interesé un poco en paludismo, y, francamente, creo que después de la fiebre amarilla, el paludismo es el asunto más interesante.

PALUDISMO

Desgraciadamente, no traje conmigo la documentación sobre un hecho del Brasil, de posible interés para los países americanos, respecto al paludismo. Me refiero a la presencia en el continente americano del *Anopheles gambiae* o *costalis*, que fué descubierto en Río Grande, en marzo de 1930, por el Dr. Chagas. El *An. gambiae* es uno de los más peligrosos transmisores del paludismo. En Africa es el transmisor por excelencia, y ha sido encontrado un porcentaje increíble de esos mosquitos adultos impregnados por parásitos. Cuando trabajaba en los Estados Unidos, con transmisores comunes de allá, la cifra de 4 o 5 mosquitos infectados por mil era considerada elevada. Da una idea clara de la peligrosidad del *An. gambiae* la comparación de esa cifra de 4 o 5 por mil con la del 60 por ciento comprobada en Argelia. Se trata de un anófeles altamente domesticado, pues vive dentro de las casas, que jamás había sido observado en el continente americano. El Dr. Chagas, mientras hacía unas investigaciones para el servicio de fiebre amarilla, en las costas del norte del Brasil, descubrió el *costalis* en un foco muy cercano al fondeadero de los barcos franceses que hacen el servicio rápido de correspondencia con Africa, en combinación con

aviones. Después fué encontrado en una zona bastante diseminada.

Algún tiempo después ocurrió en la ciudad de Natal una epidemia de fiebre palustre completamente fuera de lo común. Siempre existió el paludismo en Natal, pero limitado a una zona pequeña de la ciudad. Después de la aparición del *An. gambiae*, el paludismo irradió a toda la ciudad, al punto de atacar al mismo tiempo un 70 por ciento de los alumnos de algunas escuelas. Tuve ocasión de visitar Natal en esa época. Recorrí todas las casas de un lugar preguntando en cada una cuántas personas habían sufrido la fiebre. En toda la manzana no encontramos una sola casa donde no hubieran sufrido la enfermedad. Después declinó la epidemia, pero al año siguiente hubo un nuevo brote de paludismo en Natal.

Después de la revolución ocurrida en el Brasil, el Departamento Nacional de Higiene se encontró momentáneamente sin la organización necesaria para combatir el mal. Entonces el servicio de fiebre amarilla declaró la necesidad de hacer el control. Empezamos con un servicio. Después de los estudios, se comprobó que la curva del brote había comenzado a bajar antes de iniciar los trabajos. Estos continuaron algunos meses, y después el Departamento Nacional de Higiene se hizo cargo de la lucha, y ahora han desaparecido por completo de Natal, tanto el *Anopheles gambiae* como el paludismo.

Los años 1932 y 1933 fueron muy secos, y parece que la falta de lluvias tuvo una influencia muy grande sobre *A. gambiae*. Como una tarea del servicio de fiebre amarilla, hemos hecho en toda esa zona capturas de mosquitos adultos en las casas, y durante mucho tiempo no hemos observado *A. gambiae* en la región, por lo que alentamos la esperanza de que dicho mosquito no se adaptase al continente americano, porque había desaparecido. Pero esa esperanza falló: Hace cuatro o cinco meses comenzamos a recibir nuevamente muestras de *A. gambiae*. Existe, pues, todavía en el continente americano el *A. gambiae* y nadie puede prever su posible propagación futura. Esto es una razón más para demostrar la importancia de realizar estudios para conocer la distribución de los mosquitos y del *A. gambiae* en el continente, a fin de prever mejor las posibilidades de nuestra lucha.

El Sr. PRESIDENTE. Yo lamento que, como nos informa el señor Representante de la Fundación Rockefeller, se haya agregado a las perjudiciales especies de mosquitos que teníamos, una nueva que nos viene de regalo, y hago votos por que no llegue a adaptarse en nuestro continente.

La proposición del Dr. Bejarano consiste en una expresión de agradecimiento de todos los países americanos a la Fundación Rockefeller, y yo considero, señores Delegados, que no es necesario que sea sometida a votación. Todos sin excepción, el Presidente y

los Delegados que han hablado, no han tenido más que palabras de elogio y expresiones de gratitud. Por lo tanto, pido que lo sancionemos por aclamación unánime. (*Grandes aplausos.*)

Me parece que por hoy podemos dar por terminada la tarea.

Se levanta la sesión, siendo las 20 y 20 horas (8:20 P. M.).

SEXTA SESION PLENARIA

LUNES 19 DE NOVIEMBRE DE 1934

15 y 10 horas (3:10 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Señores Delegados, vamos a continuar nuestra labor. El Dr. Roças, de la Delegación del Brasil, desea ocupar por un momento la atención de ustedes sobre la lucha contra la anquilostomiasis, que es el tema que había quedado pendiente en la sesión anterior.

UNCINARIASIS

Dr. ROÇAS. En la última reunión plenaria no pude estar presente, de modo que no oí los debates sobre la anquilostomiasis, pero por referencias de un distinguido colega estoy informado de que nada nuevo se dijo al respecto.

Me parece que tengo una novedad que exponer, relativa a esta enfermedad ubicua de tan vasta propagación por todos los países del continente americano. Quiero referirme a los estudios recientes hechos por Walter Oswaldo Cruz en el Instituto de su nombre en Río de Janeiro, estudios éstos que permiten explicar la aparición de la anemia con todas sus consecuencias mórbidas en la enfermedad aludida. De acuerdo con sus investigaciones, Oswaldo Cruz llegó a la conclusión de que las deficiencias de hierro en la médula ósea de los enfermos, perturbando la función hematopoyética o sea la formación de hematoblastos, constituye la causa de la aparición de la anemia. Manteniéndose al enfermo bajo la acción de una buena dosis de hierro, no se observa esa deficiencia en la médula: Como consecuencia, no hay anemia.

Como ven ustedes, es una concepción nueva que no sólo aporta un recurso en la cura de la uncinariasis, sino también su profilaxis. De acuerdo con esta nueva concepción no es necesario preocuparse de los vermes (anquilostomas o necatores), que pueden quedar en los intestinos sin causar ningún mal a sus portadores. Los estudios a que me refiero fueron objeto de una comunicación hecha por Carlos Chagas a la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro hace cuatro meses.

No he traído los documentos necesarios para ilustrar bien a los que quieran informarse al respecto, pero me comprometo a hacerlo luego que regrese a Río de Janeiro.

El Sr. PRESIDENTE. Por mi parte agradezco al señor Delegado del Brasil la interesante comunicación que nos hace, que parece esclarecer buena parte de la causa principal de la anemia en estas manifestaciones de la anquilostomiasis, lo que puede ser realmente

de una gran importancia; y agradezco también al señor Delegado el esfuerzo bondadoso que ha hecho para traernos su comunicación en español.

Dr. ROÇAS. La Delegación del Brasil acaba de recibir un telegrama de la Liga Brasileña de Higiene Mental, pidiendo que solicitase a esta digna Conferencia "que los delegados recomienden a los gobiernos la realización de un convenio prohibiendo el intercambio comercial de bebidas alcohólicas destiladas entre países americanos."

El Sr. PRESIDENTE. El día en que nos ocupemos de Alcohólico y de lucha contra el alcoholismo, será la oportunidad de considerar este telegrama del Presidente de la Liga de Higiene Mental del Brasil.

El señor Presidente invita a ocupar la Presidencia de honor al señor Delegado de El Salvador. No encontrándose presente, hace la misma invitación al señor Delegado de Honduras quien también está ausente, por lo cual invita al señor Delegado de Cuba, Dr. Ramos, quien ocupa un sitial en la Mesa.

El Sr. PRESIDENTE. Si está agotado el tema de la Anquilostomiasis, es decir, si ningún señor Delegado desea hacer uso de la palabra, continuaremos con el Tifo exantemático y otras enfermedades exantemáticas.

Dr. NÚÑEZ. Como corolario de lo que aquí se ha dicho respecto a la anquilostomiasis, voy a proponer un voto a la consideración de la Asamblea:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los Gobiernos de los países donde prevalece la anquilostomiasis no discontinuar; antes al contrario, ampliar la lucha contra la anquilostomiasis, dándole la supremacía al saneamiento del suelo.

Dr. BEJARANO. Voy a pedir al Dr. Núñez quiera permitir que la Delegación de Colombia suscriba el voto que acaba de proponer, pues pensaba proponer uno en el mismo sentido cuya redacción preparaba en el momento que el señor Delegado de Costa Rica pidió la palabra.

El Sr. PRESIDENTE. Como hay asentimiento, si ningún señor Delegado solicita que se vote por delegaciones, invito a levantar la mano a los señores Delegados que apoyan la proposición del Dr. Núñez.

Se vota y resulta afirmativa.

El Sr. PRESIDENTE. Continuaremos con tifo exantemático. Tiene la palabra el señor Delegado de Chile, Dr. Suárez.

TIFO EXANTEMATICO

Dr. SUÁREZ (Chile). Es para nosotros de especial interés dar cuenta de la epidemia de tifo exantemático que ha existido en Chile en los dos últimos años.

En Chile hay tifo exantemático y tiene repercusión epidémica. Ha habido epidemias en 1876, 1880, 1889, 1905, 1919 y 1932. Estas epidemias coinciden exactamente con los períodos de crisis o de

gran desplazamiento de hombres, que ha vivido el país. La epidemiología marca en forma perfecta el tipo europeo.

La epidemia de 1919 provocó alrededor de 19,000 casos en todo Chile. Después el tifo se extinguió prácticamente, llegando en algu-

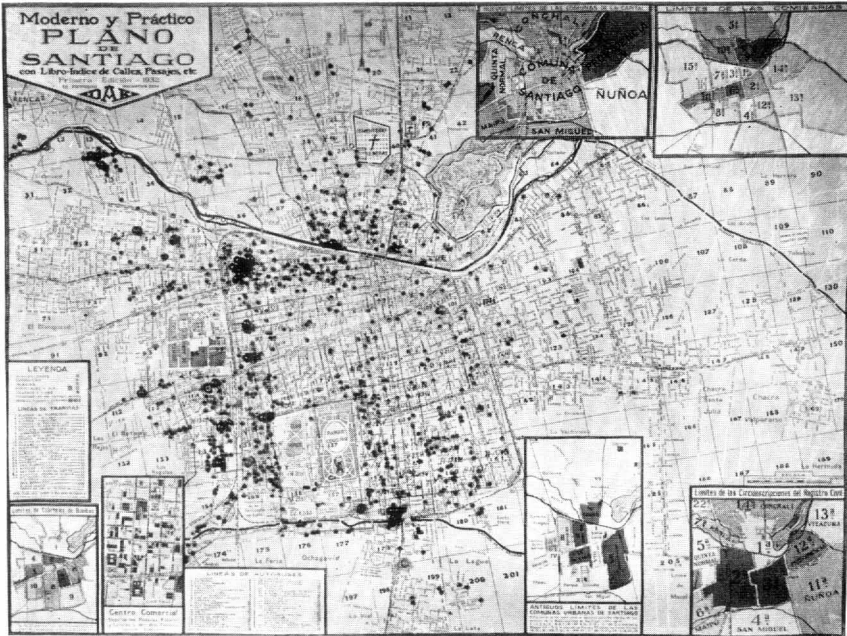


FIGURA 1.—Plano de la ciudad de Santiago con la distribución del tifo en agosto de 1933

nos años—1924, 1925, 1926 y 1927—a no haber ningún caso diagnosticado. Se creía extinguido ya, y señalo este hecho porque es de mucha importancia, pues exactamente lo mismo ha pasado en Polo-

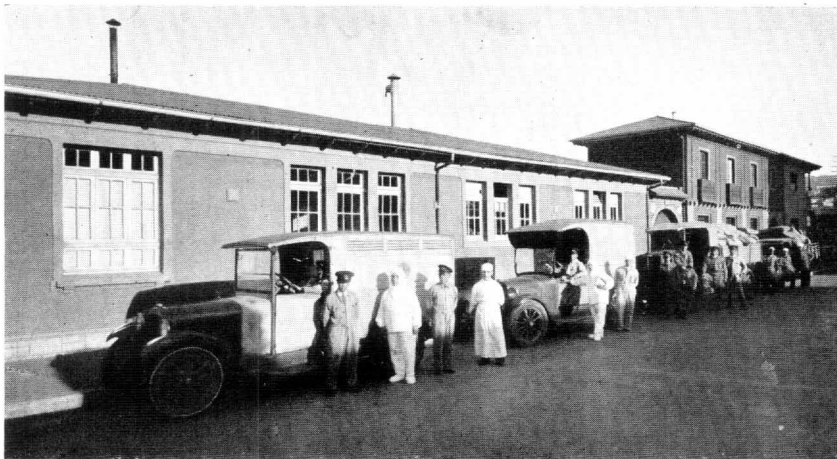
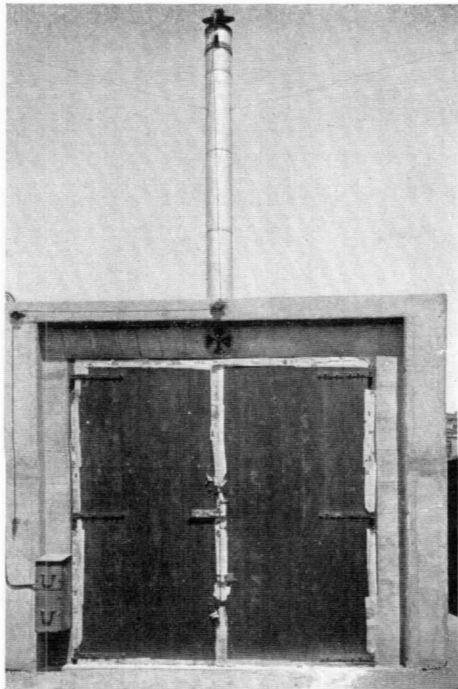


FIGURA 2.—Brigada para combatir el tifo. (Los inspectores con uniforme protector)



FIGURA 3.—Enfermera sanitaria con uniforme a prueba de piojos (Valparaíso)

FIGURA 4.—Primera cámara para desinfección con Zyklon construida en Valparaíso en 1933



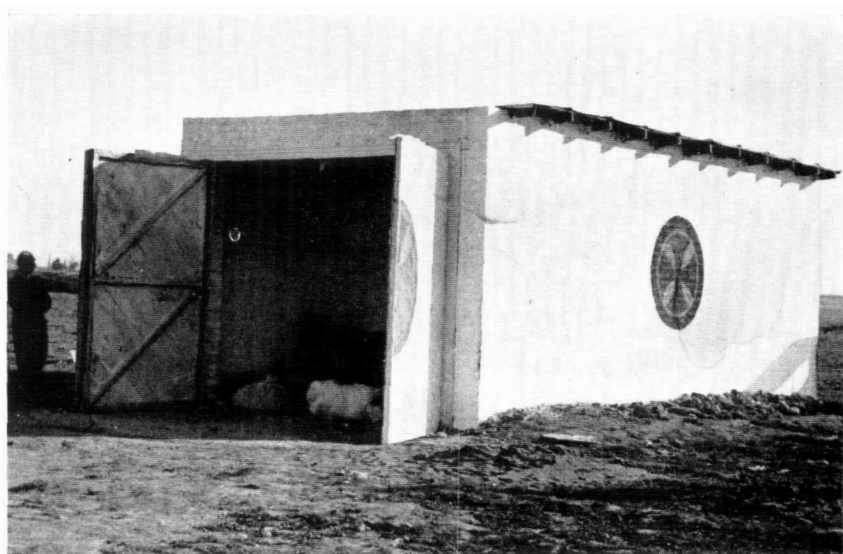


FIGURA 5.—Otra vista de una cámara de desinfección

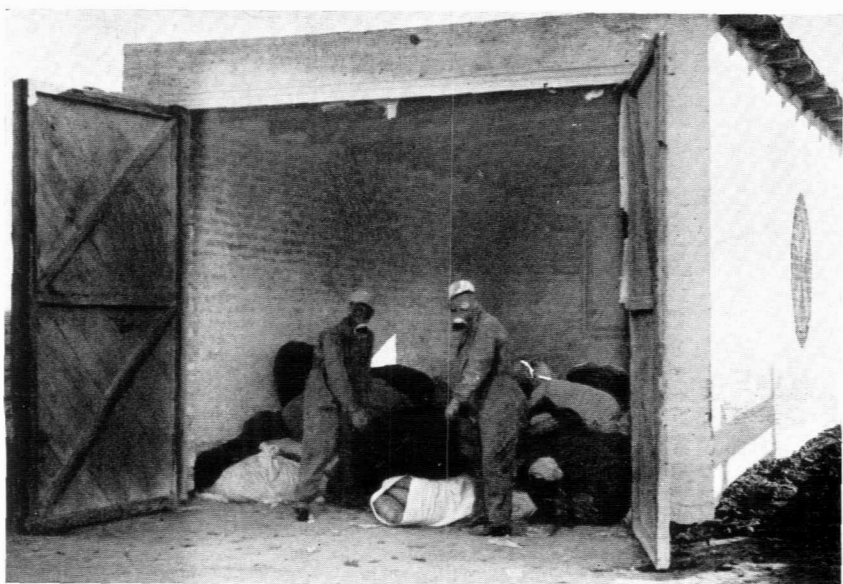


FIGURA 6.—Colocación de bultos de ropa y otros efectos en el desinfectorio. Los operarios protegidos con uniformes y máscaras antigás

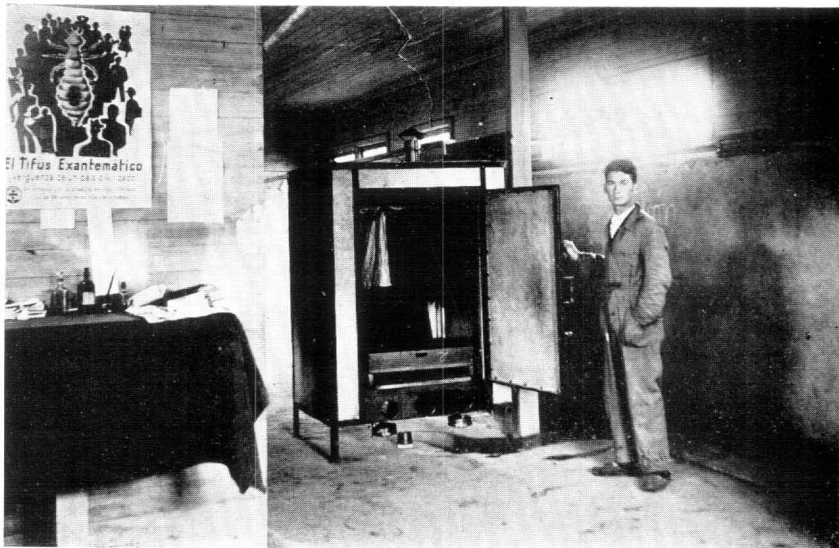


FIGURA 7.—Estufa a petróleo instalada en la casa de limpieza "Escuela Standard" (Temuco)

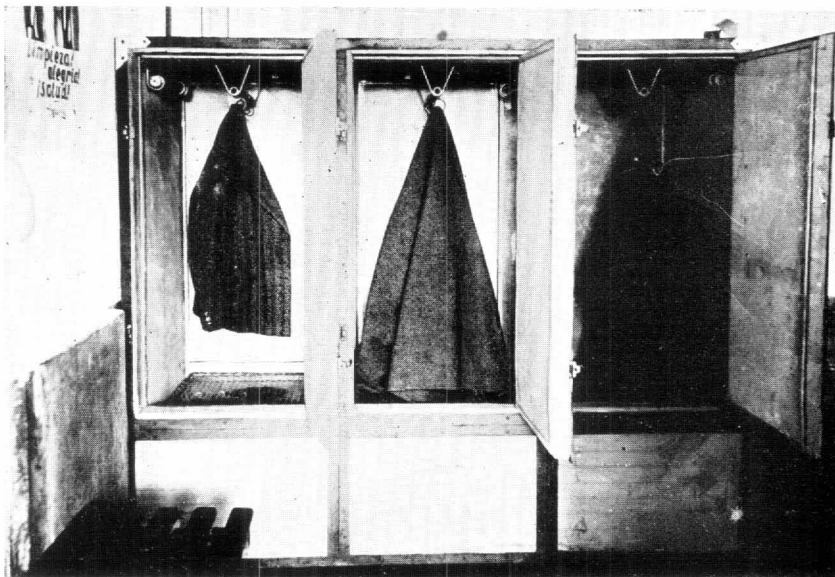


FIGURA 8.—Estufa eléctrica de la casa de limpieza "Liceo de Hombres" (Temuco)

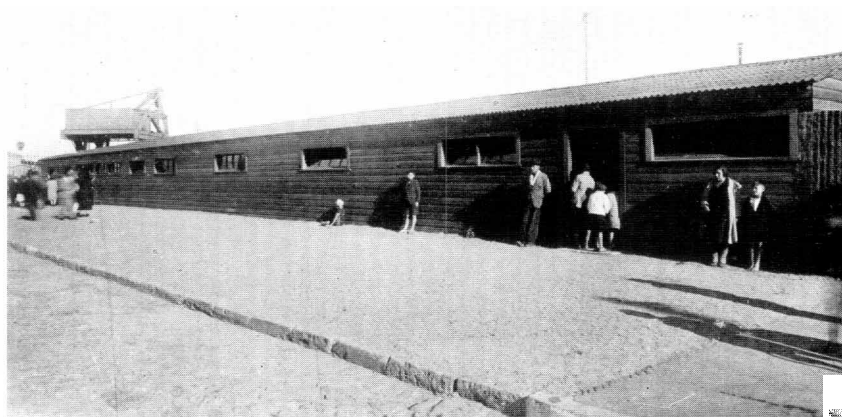


FIGURA 9.—Baños públicos construídos por la Municipalidad de Valparaíso



FIGURA 10.—Baños escolares improvisados

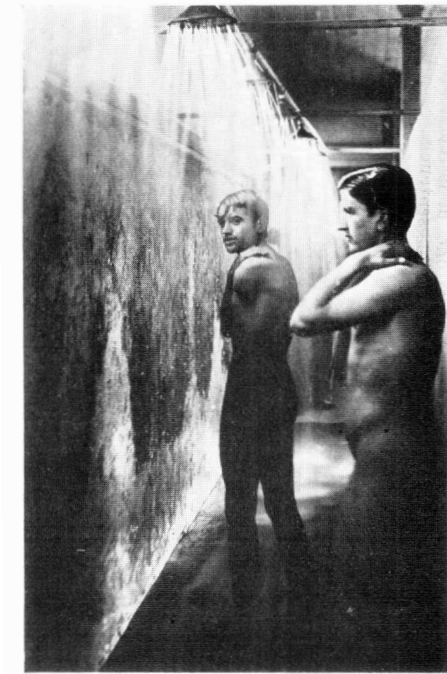


FIGURA 11.—Duchas de la casa de limpieza "Escuela Standard" (Temuco)

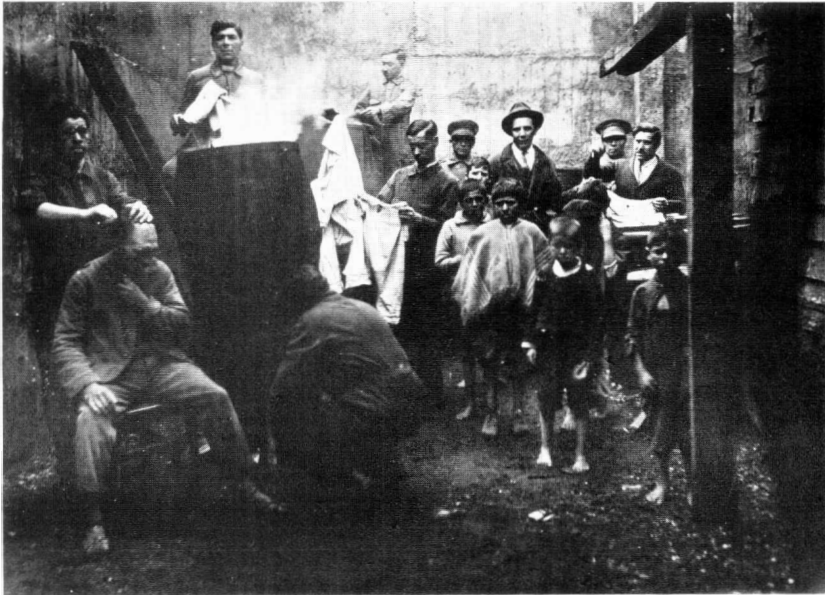


FIGURA 12.—Barril serbio en la casa de limpieza, Manuel Rodríguez 1155 (Temuco)

nia y en Serbia, donde en cierto momento se ha creído extinguido el tifo. Llega con las años 1930, 1931 y 1932 especialmente, un período de depresión, y nuevamente aparece el tifo como endemia en las zonas del sur, que son de clima eminentemente frío y donde hay aglomeraciones de obreros de minas que están desocupados. Al comienzo pareció la epidemia perfectamente dominable, pero no ha sido así. La epidemia ha crecido en el año 1932, y en el año 1933 ha llegado a provocar, aproximadamente, un total de catorce mil casos de tifo, con una mortalidad del 20%. Los estudios de laboratorio, practicados con toda prolijidad, dieron como resultado que se trataba de virus tipo clásico europeo, caracterizado por no dar el fenómeno de Mooser, con un período de incubación de doce días en promedio, una curva térmica típica y lesiones cerebrales.

TIFO EXANTEMATICO

Tasas de Morbilidad y de Mortalidad por 100 000 habitantes
y en coeficientes anuales

PROVINCIAS	A Ñ O S							
	1931		1932		1933		1934 ^o	
	Morb	Mort	Morb	Mort	Morb	Mort	Morb	Mort
TARAPACA	—	—	1,7	—	4,0	—	84,8	11,3
ANTOFAGASTA	3,3	—	3,3	—	83,0	25,4	3,2	2,1
ATACAMA	—	—	3,2	—	3,0	1,5	—	—
COQUIMBO	—	—	0,5	—	21,4	5,5	1,1	—
ACONCAGUA	0,4	—	—	—	59,1	8,7	45,3	8,9
SANTIAGO	3,6	0,8	3,6	0,6	769,2	201,5	589,0	136,0
O'HIGGINS ^{oo}	—	—	—	—	—	—	86,1	14,1
COLCHAGUA	7,0	1,0	3,6	2,9	159,6	35,9	50,5	13,7
TALCA	—	—	1,3	0,4	102,2	19,1	124,0	20,3
MAULE	—	—	1,0	1,0	141,4	30,6	249,8	38,9
ÑUBLE	3,0	0,4	75,9	6,3	449,8	68,1	395,1	55,8
CONCEPCION	2,4	—	67,3	13,1	773,1	143,7	579,2	108,4
ARAUCO ^{oo}	—	—	—	—	—	—	1 078,8	201,6
BIO-BIO	0,5	—	25,5	2,7	479,8	108,6	571,1	123,2
CAUTIN	0,7	0,5	59,9	5,9	276,8	66,1	181,1	53,7
VALDIVIA	0,4	0,2	1,2	0,4	27,1	3,4	51,9	11,8
CHILE	6,0	0,5	1,1	1,1	72,2	8,5	141,1	18,5
AYSEN	—	—	—	—	—	—	—	—
MAGALLANES	—	—	—	—	—	—	—	—
REPUBLICA	2,2	0,4	17,1	2,4	347,2	80,3	287,5	65,7

^o Estos datos corresponden a 38 semanas f. 1-22 ix.

^{oo} Los datos de los años 1931-1932 y 1933 de estas Provincias están incluidos en las tasas que se dan para Colchagua y Concepción.

En el año 1932, viendo que podía producirse una epidemia de tifo, pedimos al Instituto de Higiene de México cepas de tifo mexicano, y gracias a la gentileza de los Dres. Mooser, Varela y Ramírez pudimos obtenerlas, y hemos podido hacer inmediatamente el

diagnóstico diferencial, llegando a establecer que nuestra epidemia no era, como la de México, debida a un virus murino.

Saben los señores Delegados que una epidemia de tifo es muy difícil de dominar, porque exige alojamientos especiales, un gran cuidado en el vestuario, etc., lo que representa un verdadero problema económico, de difícil solución en un país que, como Chile, pasa por un estado de depresión económica. Pero, a pesar de todo, el tifo quedó circunscripto. Se hizo un hospital de emergencia, que llegó a tener más de 1,500 camas perfectamente equipadas, se formaron brigadas de sanidad y se adoptaron otras medidas de las que va a hablar enseguida el Dr. Grossi, médico provincial de Aconcagua, que hizo toda una campaña para evitar la entrada de la epidemia a su provincia.

La epidemia ha ido decreciendo. Este año hay un marcado descenso en la curva, y ya no se observa la fuerte fluctuación estivo-otoñal que caracterizaba los años anteriores. Voy a mostrar algunos gráficos demostrativos de las diversas epidemias que han azotado a Chile, con los casos de mortalidad y morbilidad, desde el año 1919 a 1933.

Se puede ver que la epidemia del año 1919 descendió en los años 1920 y 1921. La tasa—que se entiende por cada cien mil habitantes—desciende de 392 a 190 y 119; en el año 1933 la morbilidad es superior al promedio de los años anteriores, pero sin alcanzar la del año 1919; en el año 1934 la tasa ha descendido considerablemente, y esperamos que se extinga por completo. Llamo la atención sobre un hecho especialmente curioso, que es éste: La tasa estadística de la epidemia del año 1919 fué hecha sólo clínicamente y, en parte, ayudada por la reacción de Weil-Felix que acababa de ser descubierta; y, en cambio, en el año 1933, ha sido hecho el diagnóstico solamente por la reacción de Weil-Felix, que ha comprobado todos los casos clínicos. Y hemos llegado al siguiente dato curioso: El tifo europeo, corroborando trabajos hechos por Weil y por Felix, actualmente de reacción positiva al *Proteus* X₁₉ y X₂, y no la da al *Proteus* XK. Este dato es interesante, pues corrobora, en forma directa, que se trata de una epidemia de tifo tipo europeo.

Muchos casos producidos en la actual epidemia no ha sido posible verificarlos clínicamente como tifo. Solamente ha podido comprobarse una afección febril, que parecía gripe. Estos casos dan reacción de Weil-Felix positiva. Por eso la tasa de morbilidad aparece muy aumentada, porque se ha perfeccionado considerablemente el método diagnóstico.

En cuanto a la profilaxis de la enfermedad, ya hemos dicho que es virus europeo, transmitido por el piojo. Nuestro servicio médico de Santiago, que se ocupa del examen de ratas pestosas, ha hecho también la pesquisa de *Rickettsias* murinas en algunos miles de

ratas y nunca se ha podido evidenciar la existencia de virus murino en Santiago.

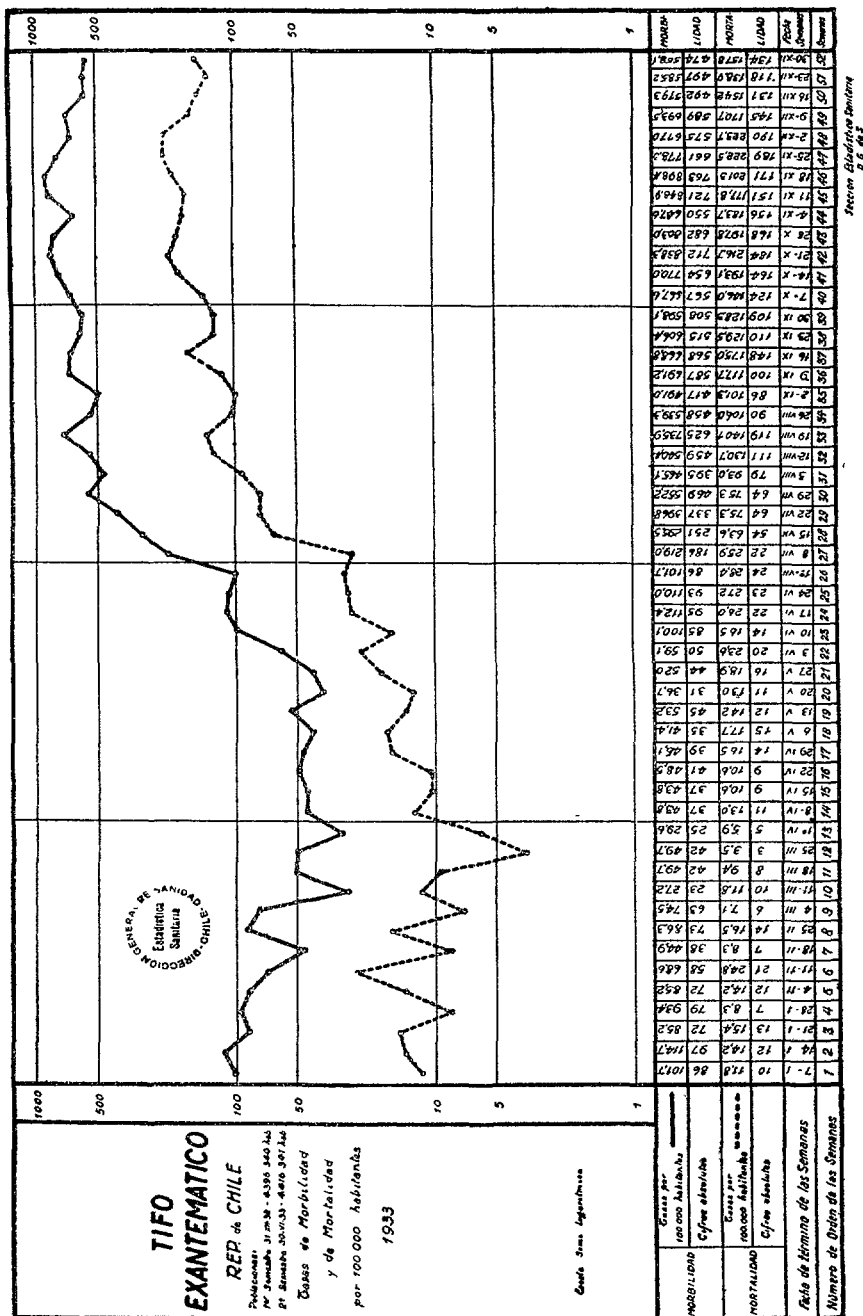
Resumiendo: Chile ha tenido una epidemia de tifo debida al virus europeo, netamente comprobado por las pruebas de laboratorio y por la de Weil-Felix.

Hemos intentado hacer la vacunación. Es sabido por todos que hay dos tipos de vacuna para este primer grupo de rickettsias. Este primer grupo comprende la fiebre náutica, la fiebre de Tolón, la fiebre de Constanza, el tifo mexicano y el tifo europeo. Todas estas enfermedades tienen un origen común y dan entre sí inmunidad cruzada. Al comienzo quisimos aplicar la vacuna de Weigl, que es sabido se obtiene de piojos inoculados artificialmente en el laboratorio. Se ha comprobado que esta vacuna, que contiene alrededor de 4,000 millones de rickettsias, da una inmunidad de 100 por ciento. Intentamos prepararla en Chile, pero nos fué practicamente imposible por el material enorme que exige y por el gran peligro que significa su elaboración. Hemos debido lamentar la muerte del jefe de la Sección Tifo Exantemático en el curso de sus trabajos y la enfermedad grave de dos de sus ayudantes.

Después iniciamos la elaboración de la vacuna preparada por Zinsser y Ruiz Castañeda. Ellos hacen una vacuna inoculando ratas con rickettsia murina o virus de Mooser y obtienen de ratas irradiadas, un líquido peritoneal con muchas rickettsias, las que, separadas del exudado, constituyen la vacuna. Pero nosotros hicimos esta vacuna con modificaciones que relato, porque considero tienen importancia. En lugar de emplear el virus centrifugado y lavado como ellos lo aconsejan, empleamos el exudado total, completo, tal como lo hace Weigl con su vacuna de piojos y además aumentamos la concentración de 1,500 a 4,000 millones. Con esta vacuna hemos hecho más de 1,500 inoculaciones. Del resultado de estas inoculaciones, sólo tenemos estadísticas precisas sobre 500, debiendo advertir que de esta cantidad un número apreciable corresponde a personal de hospital, lo que se hizo con propósito experimental en épocas en que todavía no regían las medidas de precaución adoptadas después. Con esa vacuna, se obtuvo el cese inmediato del tifo en el personal, observando que lo contrajeron las personas que no habían sido vacunadas. Esta estadística da resultados mucho mas favorables que la hecha por Sánchez Casco en México, que arroja sólo un 78 por ciento de reacciones positivas de inmunidad.

Como esta vacuna la aplicamos al personal médico y de enfermeros, hemos podido observar hechos interesantes, como ser que la inmunidad experimental que provoca dicha vacuna es tan fuerte como la vacuna Weigl. Posteriormente hemos modificado más la técnica de la vacuna, siguiendo los trabajos de Varela y Mooser. Hemos podido adaptar así el virus europeo al tipo mexicano y traba-

jamos ahora con una vacuna de un virus de Chile, que ha sido transformado en patógeno para la rata.



En la actualidad la epidemia de tifo en Chile va disminuyendo francamente. Ello se debe tanto al mejoramiento de los servicios

sanitarios, como al mejoramiento del estado económico del país. La tasa de morbilidad hoy día arroja cifras inferiores en un tercio a las del año pasado en igual fecha. El total acumulado de casos puede ser igual, dado que la epidemia tiene su auge en los meses de diciembre, enero y febrero y comienza a declinar un marzo, formándose entonces una curva de descenso hasta octubre, para subir luego nuevamente. En todo caso, para nosotros ha dejado de ser un peligro grave la enfermedad. Estamos ensayando con atención los cultivos de rickettsia, y aún cuando tenemos resultados positivos, todavía no podemos adelantar nada con seguridad.

Podemos decir que actualmente el problema del tifo sólo preocupa del punto de vista netamente higiénico, teniendo naturalmente gran importancia el estado económico del país; en cuanto a la inmunización, tiene un interés secundario, porque las técnicas que existen hoy para inmunizar son muy costosas, y sólo puede beneficiarse un número muy reducido de personas.

Dr. GROSSI (Chile). Pocos países han debido sufrir en los últimos tiempos una crisis tan intensa como Chile. No sólo se ha visto afectado por la depresión mundial, sino que ha tenido serias dificultades económicas y políticas de orden interno. En estas circunstancias y teniendo entre las enfermedades endémicas el tifo exantemático, no es extraño que éste, ante una gran masa de población privada de techo, de abrigo y de pan, empezara a extenderse durante los años 1932 y 1933 y abrazara casi todo el sur y centro del país, con principal asiento en la capital de la República.

La campaña contra el tifo exantemático ha revelado las ventajas que para el país significa contar con un Código Sanitario de cuyos sólidos principios emanan la unidad de acción y de comando, la autoridad y uniformidad de objetivos y procedimientos que, para una campaña de esta naturaleza, se necesitan. Nuestro Código entrega la mayor autoridad en materia sanitaria al Director General de Sanidad, el cual la delega en los Jefes Sanitarios Provinciales que son sus representantes y poseen sus atribuciones en las distintas administraciones que dividen el país.

El Código Sanitario en su art. 5° fija las atribuciones del Director General de Sanidad y le da atribuciones para dictar medidas de carácter general, local o particular, para el eficaz funcionamiento del servicio y la adecuada protección de la salud pública. En virtud de estas disposiciones se declaró sospechoso a todo individuo que por su desaseo ofreciera temores a la autoridad sanitaria de ser portador de parásitos y por consiguiente ser un posible propagador de tifus exantemático.

Santiago llegó a tener un momento 100,000 desocupados y Valparaíso 35,000 cesantes; ahora bien es curioso el instinto nómada que lleva a estos pobres a ambular de un lugar a otro en busca de trabajo. Para circular se hacía indispensable proveerse de un certifi-

con Municipios, Policía, Cesantía, Cruz Roja, Hospitales, terratenientes, instituciones privadas, clero, etc., una estrecha coordinación y cooperación.

Tres eran los objetivos fijados: a) Suprimir la enfermedad infecciosa; b) Prevenir el avance epidémico; c) Promover la construcción e instalación de obras definitivas (Casas de Limpieza, educación sanitaria, etc.). Para proceder hemos exigido el máximo de rapidez de información y de acción.

Motivo de especial preocupación fué en nuestra provincia el resguardo del personal, del cual sólo tuvimos un enfermo. Por razones de economía no pudo hacerse lo mismo en otras partes, lo cual ha costado a la Sanidad 23 vidas.

Por otra parte, el Gobierno creó los servicios de cesantía con un impuesto especial encargado de vestir, albergar y alimentar a los 35,000 cesantes existentes en Valparaíso y aproximadamente 100,000 de Santiago, y que constituían el 17% y 15% de la población. Campos de concentración se establecieron en Limache y se habilitaron los almacenes abandonados de la aduana y poblaciones inconclusas de obreros, para albergar a esta masa humana que alteraba el orden social, moral y físico del país.

Volviendo a nuestro papel, dividimos el trabajo del personal en cuatro secciones:

A) Estadística y control.

1) Denuncias. Se estableció un servicio especial para atender las denuncias recibidas por teléfono, personalmente, por escrito o por nuestro inspector.

2) Control. Se estableció por medio de un encargado la responsabilidad de la cadena que iba del telefonista al laboratorio, médicos y auxiliares. Un sobre creado *ad hoc* mantenía la documentación.

3) Recopilación de datos estadísticos.

4) Confección de mapas, planos, cuadros, (de casos, focos, etc.).

B) Profilaxis. Por sectores se encomendó a médicos e inspectores la investigación de los casos denunciados, el diagnóstico clínico comprobado por el laboratorio, la inspección de contagios y de vigilancia de los focos, aislamiento en salas especiales y vestuario de convalecientes, ya que el estado deplorable de las ropas no permitía, muchas veces, su devolución a los afectados al salir del hospital.

C) Desinfección y manejo de las aglomeraciones. Se ordenó la desinfección de los sitios en que se manejan las aglomeraciones, teatros, viviendas, oficinas públicas, tranvías, ferrocarriles, etc. En los sitios donde se produjo un estado epidémico grave como Santiago, se mantuvo un estricto control sobre aglomeraciones, las cuales sólo podían efectuarse con permiso de la Autoridad Sanitaria, limitándose las entradas a tranvías, teatros, hipódromos y cualquier espectáculo público. El certificado de limpieza se estableció como obligatorio entre los elementos populares y por medio de la policía se exigían a los desaseados baño y desinfección. Por último los contactos o focos de donde provenían los enfermos eran rápida, regular y rigurosamente desinfectados por medio de creolina al 5% y Zyklón usado en gran escala. El empleo del ácido cianhídrico ha llegado en Chile a ser familiar en esta campaña. Numerosas cámaras de Zyklón se han construído en el país. La primera, en Valparaíso, permite la entrada de cualquier camión cargado, tiene hasta 180 m. de capacidad, válvula de escape y dispositivo de aire caliente que permite vaciarla con rapidez. Se hicieron cámaras portátiles que se cargaban encima de un camión y hechas económicamente de cajones de auto forrados en zinc y papel, y además auto-claves de ácido cianhídrico con duchas anexas.

D) Educación Sanitaria: La repartición encargada de este importante capítulo de sanidad, repartió su trabajo en las siguientes secciones:

- 1) Informaciones científicas a los médicos (sociedades médicas, personal hospitalario y auxiliar).
- 2) Conferencias populares (cooperación de sociedades obreras, maestros de escuela, Cruz Roja).
- 3) Folletos de divulgación, affiches, proyecciones luminosas. Biógrafo en la calle pública, semana de limpieza.
- 4) Instrucción del personal (curso para auxiliares, enfermeras sanitarias desinfectadoras).

A pesar de las perjudiciales consecuencias que para un país aislado por la miseria, representaba confesar su deplorable estado sanitario, el país ha cumplido fielmente con la obligación de comunicar y denunciar sus enfermedades declarables.

El Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana visitó a Santiago y encontró que las medidas adoptadas eran correctas y que el Gobierno atendía sus servicios dando los recursos necesarios y que el problema del tifo en Chile no era problema internacional sino local. El Perú llegó a la misma conclusión y disipado el pánico del primer momento, libres Valparaíso y el Norte de tifo, el comercio internacional nada ha tenido que sufrir de la epidemia existente, quedando sólo para nosotros una interesante experiencia de la cual afortunadamente volvemos, ya que, solucionado el problema social por la enorme disminución de la desocupación y persistiendo una intensa labor sanitaria, esperamos antes de cuatro meses tener dominado en el Sur y centro del país esta epidemia y confío en que ella no ha de desarrollarse en Valparaíso y puertos del Norte, siguiendo la política sanitaria que a tan grandes rasgos he señalado.

El orador muestra varios diapositivos.

Dr. MIRANDA (México). Yo me felicito de haber oído las interesantes explicaciones que nos han dado los señores Delegados de Chile sobre las medidas tan inteligentes que se han tomado para combatir el tifo exantemático. Y quiero poner en evidencia que si es muy marcada la colaboración que existe entre nuestros países en materia sanitaria, ella se ha afianzado aún más tratándose del tifo exantemático, como lo ha hecho notar el señor Delegado Dr. Suárez. Se ha establecido comunicación entre los institutos bacteriológicos de Chile y de México para enviarse las vacunas y darse a conocer recíprocamente los resultados. La obra de colaboración de estos institutos es verdaderamente admirable, y creo yo que por ese camino vamos a poder avanzar mucho más rápidamente, llegando a grandes conquistas, no sólo en el terreno del tifo, sino en otros problemas que se nos vayan presentando.

Yo me voy a permitir ahora decir unas cuantas palabras, puesto que no voy a repetir lo que he dicho ampliamente ante la Comisión de Código Sanitario, respecto del concepto que tenemos hoy en día acerca del medio de trasmisión y de las diferencias que se establecen entre el tifo endémico y el tifo epidémico. Si insisto en ello es porque estimo necesario que nuestra nomenclatura se uniforme.

No hay absolutamente ninguna divergencia de criterio y de doctrina entre lo expuesto por el Dr. Suárez y lo que nosotros pensamos: Solamente creo que es una diferencia de nomenclatura; pero estas cosas que a veces parecen de poca importancia, pueden dar lugar a confusiones que es necesario aclarar. Yo creo que es necesario ir abandonando de la nomenclatura el nombre "tifo mexicano." No es que esto hiera nuestra susceptibilidad, como en alguna ocasión hirió la de España cuando se denominó la influenza, española. Yo creo que cuando algún país tiene la desgracia de tener una enfermedad epidémica, no es ningún motivo para sentirse en una situación de inferioridad, siempre que ese país se preocupe en trabajar científica y prácticamente para dominar sus males; pero esta clase de denominaciones es importante eliminarlas, porque se tiene la tendencia a creer que fuera de esa nación no existe tal enfermedad.

Como muy bien lo ha dicho el señor Delegado de Chile, Dr. Suárez, los virus llamados mexicanos se caracterizan por dar en el cuy la reacción de Weil-Mooser, es decir una inflamación de la túnica vaginal donde pululan extraordinarias cantidades de rickettsias. Ahora bien: Es de notarse que esa reacción de la túnica vaginal jamás se encuentra en México en el tifo epidémico, a pesar de que se han observado los síntomas en el cuy durante largo tiempo. Formando parte de la comisión investigadora sobre el tifo en el año 1928, inoculamos a una gran cantidad de cuyes, y creo muy difícil que se nos hubiese pasado dicha reacción; creo que no ha sido debido a falta de cuidado al examinarlos el que no hayamos observado la reacción de la túnica vaginal, sino que entonces todavía el tifo era epidémico, y dondequiera que es epidémico la reacción de Mooser no se encuentra. Lo mismo ha pasado en Europa: Llamaría extraordinariamente la atención que en manos de experimentadores avezados, nunca hubiese sido encontrada la reacción de la túnica vaginal. El Dr. Sparrow, el mismo Nicolle, jamás la habían observado; el hecho de que hayan tenido que ir a México, Sparrow y Nicolle, para ver allí la reacción de la túnica vaginal, no quiere decir que solamente en el tifo mexicano se encuentre. Ultimamente, como ya lo he hecho notar, Ruiz Castañeda, en una pequeña epidemia del pueblo de Sinancatepec, en el estado de México, encontró que ese virus no producía la reacción de la túnica vaginal. Según la nomenclatura aceptada, se trataba de tifo europeo, pero no hay que darle esta designación; se trataba en realidad de un foco epidémico de tifo. Desde el punto de vista de la biología general creo muy interesante esta diferenciación. Existen las pruebas de inmunidad cruzadas, que nos han probado que el tifo europeo, del Viejo Mundo, y el tifo del Nuevo Mundo es el mismo. No existe diferencia esencial; apenas si hay una diferencia de receptibilidad entre las ratas del antiguo y del nuevo continente. Esas diferencias, pues, se encuentran no entre el tifo

del viejo y del nuevo mundo, sino entre el tifo epidémico y el tifo endémico. Generalizando, hablamos de la virulencia de los gérmenes, y olvidamos la noción, que por lo demás es elemental, de que la virulencia no es sino una relación entre el organismo infectante y el organismo infectado. Cuando la *Rickettsia* se adapta al ciclo hombre-piojo-hombre, pierde la facultad de producir la reacción de Mooser en el cuy; en cambio, cuando está siguiendo el ciclo rata-pulga-hombre, entonces está dando la reacción de Mooser. El Dr. Suárez ha tenido la ocasión de ver que con relativa facilidad se convierte el virus llamado tipo europeo, es decir epidémico, en un virus endémico. Lo mismo ha hecho Sparrow en Europa y lo mismo está haciendo Varela; con relativa facilidad se convierte el virus tunecino en virus que da la reacción de Mooser. Lo que se verifica en el laboratorio de una manera intencionada y experimental, se verifica fácilmente fuera del laboratorio, en el terreno natural, pues cuando se observan bien las cosas que suceden naturalmente, muchas veces parece que están hechas en un laboratorio: en el laboratorio de la vida—digamos así—se ha hecho esa transformación muchas veces. Es necesario que la virulencia para el hombre y para el piojo descienda para que aumente respecto de un tejido especial. Es muy curioso que hoy no solamente hablamos de virulencia para una especie de animal determinado, sino que tenemos que hablar de virulencia especial respecto de un tejido.

El tifo que observamos en México actualmente, el que predomina, es el tifo endémico, que tiende a hacer una experiencia en el hombre. Esto quiere decir que encuentra como buen medio de cultivo las celdillas endoteliales: Mientras las rickettsias ocupan las celdillas endoteliales, no tienden a pasar a la circulación. Así, se observa muy bien cómo los animales que no presentan fiebre no por eso dejan de tener grandes cantidades de rickettsias en las celdillas endoteliales: la fiebre no es más que un índice de que la rickettsia pasa a la circulación; de manera que encuentra un buen medio de cultivo en las celdillas endoteliales, y un mal medio en la sangre del animal. Ahora bien ese cambio de habitación, tiende a transformar la enfermedad grave que da síntomas agudos que pronto se resuelven en un sentido o en otro, en una enfermedad infecciosa que tiende a la cronicidad o que, cuando menos, demuestra cierta adaptación.

Tenemos, pues, el caso de una enfermedad en la que se puede establecer científicamente la diferencia cuando se presenta en una epidemia y cuando se presenta en una endemia. El señor Delegado del Perú, Dr. Paz Soldán, en una de nuestras reuniones, decía que desde el punto de vista práctico era difícil separar las enfermedades endémicas, de las epidémicas, que estábamos acostumbrados a ver que la endemia era la que se presentaba habitualmente en una región determinada, y una epidemia era algo extraordinario. Creo

que debemos variar ese concepto de hacer puramente el recuento del número de casos, cuando encontramos ya un criterio de la marcha clínica, y más que en la marcha clínica en la forma de infección. Creo que hoy está perfectamente fundamentada la idea de Mooser, de que no debe hacerse una diferenciación entre tifo europeo y tifo americano, sino entre tifo epidémico y endémico. La semejanza clínica del tifo europeo y del llamado americano es absoluta. Su inmunidad se obtiene por los mismos medios.

Relataré un hecho interesante. En 1915 las fuerzas revolucionarias mexicanas sitiaron durante un largo período a la ciudad de México, lo que originó una serie de dificultades para conseguir víveres para la población. Era tal la escasez de víveres, que cuando las fuerzas revolucionarias entraron en la ciudad, una multitud se agolpó en las estaciones pidiendo los víveres que los revolucionarios traían en los furgones de ferrocarril. Conjuntamente con la distribución de víveres, se extendió una gran epidemia de tifo. Esa epidemia tenía todas las características del tifo europeo, es decir favorecida por el hambre, la miseria y las pésimas condiciones higiénicas de los hombres movilizados. Como decía, ese tifo no tenía ninguna característica particular, sino todas las del europeo.

En cuanto al nombre de "tabardillo," es una vieja denominación que tuvo su origen en España y que se utilizaba para calificar al tifo europeo. El "tabardillo" se extendió con motivo de la guerra de los 30 años. De manera que no es una voz que debe aceptarse para designar el tifo mexicano.

La palabra "tabardillo" fué usada preferentemente entre los clínicos, que puramente desde ese punto de vista querían hacer una diferenciación con el tifo europeo, basándose solamente en la diferencia de curvas de temperatura de observación clínica, pero esa diferenciación dejó de hacerse cuando se probó que existía la inmunidad para los dos tifos.

Repito que me felicito de la unanimidad de opinión en lo fundamental de la escuela de Chile con la mexicana, y también me felicito de la gran innovación introducida a la vacuna de Ruiz Castañeda y Zinsser, lo que da un resultado de inmunización más potente. Pero yo veo en esto algo más que quizás la modestia o la entereza científica del Dr. Suárez no le ha permitido decir. No voy a hacer una hipótesis superficial, porque ella resultaría aventurada, pero no puedo silenciar que veo allí la posibilidad de que exista una forma no visible de *Rickettsia* que esté en el líquido sobrenadante y no en el centrifugado. Esa hipótesis del Dr. Suárez es muy interesante. A mí me parece que ha revivido nuevamente el interés de las investigaciones científicas sobre el tifo. Después de las brillantes investigaciones hechas sobre el valor de la "*Rickettsia prowazeki*," las investigaciones sobre tifo tuvieron un período de calma

hasta el hallazgo de Mooser, que ha venido a resucitar el interés por tales investigaciones y además, a dar una prueba incontestable de que la *R. prowazeki* es verdaderamente el agente productor del tifo, lo que ha provocado el descubrimiento del reservorio murino. Si las investigaciones se hubieran hecho en Chile antes de la actual epidemia, es muy probable que el Dr. Suárez hubiera encontrado reservorio murino, atacándose con ventaja la enfermedad. Actualmente es muy difícil que lo encuentre, por tratarse de un período epidémico. Pero el tiempo dirá si, desaparecida esta epidemia en Chile, no queda después el receptáculo murino.

Dr. SUÁREZ. Si he empleado el término "mexicano" ha sido solamente al pasar. Esta denominación, que todavía se emplea, no significa que exista en México, sino que ha sido especialmente estudiado en México. Yo estoy de acuerdo en que un tifo debe ser llamado endémico y el otro epidémico, pero, como digo, se le llama mexicano por haberse investigado en México. Gaviño y Girard con anterioridad a Nicolle o casi simultáneamente, descubrieron la enfermedad experimental; luego se encontró el virus murino; posteriormente Mooser y Varela hicieron estudios de especial consideración, como también Ruiz Castañeda y Zinsser. El tifo endémico ha sido muy estudiado en México. Por lo demás, este tifo tiene un nombre especial en diferentes puntos del mundo: fiebre de Tolón, de Constanza, fiebre náutica, tabardillo, etc., de manera que el término "mexicano" puede suprimirse si se quiere.

El Dr. Miranda ha formulado una hipótesis que es de fundamental importancia y que puede ser de trascendencia internacional: La posibilidad de transformar el virus murino o endémico en epidémico. Ya el encontrar la inmunidad cruzada entre ambos virus neta y precisa, a pesar de que Zinsser haya hallado diferencia cuantitativa, dado que un suero anti-*Rickettsia prowazeki* tiene mayor título hacia la rickettsia murina, es un hecho de fundamental importancia, que indica que el virus tiene un origen común y que probablemente, o con seguridad, es el mismo virus.

Hasta enero de este año no había ninguna experiencia positiva que permitiese hacer ver la transformación de un virus en otro. La experiencia realizada por Mooser con cepa tunecina no había sido concluyente, dado que sólo había conseguido que un porcentaje de 4 a 5 de los animales picados por pulgas infectadas con esa cepa, se enfermaran de tifo.

Recientemente, en forma categórica y precisa, Varela y Mooser han obtenido la transformación a voluntad del tifo epidémico o europeo en endémico, mediante una técnica especial de laboratorio. En ellos se hace ver que los virus que tenían formas diferentes, podían transformarse artificialmente de uno en otro; pero todavía no se ha podido transformar el virus murino o endémico en epidémico. La hipótesis que ha expresado aquí el Dr. Miranda de que

fuese la rata el reservorio del brote de las epidemias del tifo es seductora, aunque no estoy de acuerdo con ella porque hasta este momento no ha sido demostrada. Nosotros hemos creído lo mismo, porque—repito—esa hipótesis era la más seductora de todas.

Cuando la infección ha desaparecido por cuatro o cinco años y después aparece un brote, nosotros hemos buscado en las ratas de la zona donde comienza la epidemia y no hemos encontrado exudados, ni ningún animal portador del virus murino.

Por otra parte, está demostrado por muchos experimentadores, y también por nosotros, que el tifo quede causar en los niños y en épocas que no son de epidemia, cuadros que pasan como simples gripes o resfríos banales. Por eso nuestra estadística tiene esta especial importancia, pues en todos los casos se ha hecho la Weil-Felix, y así hemos podido ver cuadros poco febriles, con síntomas poco claros, que aparentan ser una gripe o un resfrío banal: Son casos de tifo. Hemos visto centenares de enfermos en estas condiciones.

No creo necesario admitir en el sentido epidemiológico, la hipótesis expresada por el Dr. Miranda y que es la misma enunciada con anterioridad por la escuela mexicana de Mooser y Ruiz Castañeda. Ella puede tener cierta importancia en México, en donde se puede creer que el tabardillo sea una forma más, pero entre nosotros, en los trabajos que realizamos, tenemos aislados el tifo endémico, del epidémico. En caso de confundirse uno con otro, no sería hoy, a mi juicio, posible diferenciarlos y tendríamos entonces un virus mixto. Esto es posible. Sólo una experiencia metódica de muchos años puede decir la verdad al respecto.

Como lo ha dicho el Dr. Miranda, nosotros trabajamos en estrecha colaboración con el Instituto de Higiene de México, y en muchos casos hemos seguido sus consejos y sugerencias, a punto tal que el tema de la rickettsia era hasta hace tres o cuatro años desconocido por nosotros. Hoy día, después de los interesantes trabajos de Varela y Ruiz Castañeda, hemos visto avanzar nuestros estudios sobre el tifo. Le agradezco mucho al Dr. Miranda los conceptos elogiosos acerca de nuestros trabajos, y en especial la referencia que ha hecho con respecto a la experiencia por nosotros realizada, de que la vacuna Ruiz Castañeda fuese más activa con exudado total. La hipótesis enunciada, pues, sería que además de los corpúsculos conocidos hubiese otro elemento invisible. Pero esto no está demostrado, sino que es un trabajo que estamos realizando.

Dr. MIRANDA. No deseo prolongar esta discusión en el terreno científico, diría, por la índole de esta Conferencia que todos sabemos no es un congreso científico, pero hace pocos días he oído de boca del profesor Houssay una verdad muy grande: Las cuestiones prácticas no están divorciadas con las cuestiones teóricas. La base de la práctica es la teoría. Por eso podría hacer un paralelo entre

todos los datos y las impresiones que se han cambiado aquí con respecto a la fiebre amarilla y las que se están cambiando ahora con motivo del tifo. Todas son, en realidad, cuestiones de vital importancia práctica, de tal importancia práctica que se ha considerado la hipótesis de que la fiebre amarilla en el Brasil, podría tener un receptáculo fuera del hombre; por ejemplo, el mono.

Es para nosotros de mucha importancia dilucidar si el tifo endémico de receptáculo rata, puede en un momento dado convertirse en la fuente de una epidemia. La prueba aislada, como la pide el Dr. Suárez, quizá no esté dada. Hay fuertes presunciones en el sentido de que puede hacerse esta transformación en nuestra naturaleza, fuera del laboratorio.

El caso que tenemos en México es típico. En una gran extensión de su territorio tenemos el tifo endémico, que da constantemente la reacción del Weil-Felix, pero de cuando en cuando aparece en un pueblo de indios, sea del Estado de México o de Puebla, una epidemia local. Se acude a ese lugar, va la brigada sanitaria de los investigadores de laboratorio y se encuentran, como en el caso de Sinacotepec, que el virus que en esos momentos está infectando no es endémico sino epidémico.

Hay un paralelismo, pues, entre la opinión de los higienistas y la de los laboratoristas. Y de dónde ha venido ese tifo? Es indiscutible que ha habido una fuente directa, porque esos pueblos de indios tienen la característica de tener muy pocas importaciones. Son pueblos que no son visitados por extranjeros sino en muy raras ocasiones. Ellos sí visitan a veces la Capital llevando mercancías; pero en la Capital no tenemos tifo epidémico: Tenemos tifo endémico—casos contados—pero lo tenemos. Si no se hace la hipótesis de que el tifo endémico puede en un momento en que encuentre circunstancias favorables, y al cabo de cierto tiempo, transformarse en tifo epidémico, no se puede explicar epidemiológicamente la aparición de estos focos aislados de tifo epidémico que observamos actualmente.

Estamos, pues, en situación de dar una voz de alarma a todas aquellas naciones que han comprobado tener en su territorio tifo endémico, tifo benigno. Mientras la población de esos lugares se encuentre razonablemente libre de piojos, y en estado de limpieza, no hay probabilidad de que ese tifo endémico se convierta en epidémico. Pero si la higiene se descuida, ya sea porque viene un cambio económico importante, una crisis, una revolución o cualquier convulsión, entonces vienen la posibilidad y la ocasión, de que ese foco endémico se transforme en un foco epidémico. El asunto tiene, pues, su importancia como una voz de alarma para todos aquellos pueblos que han comprobado tener tifo endémico.

Es interesante también que el hallazgo de ratas con tifo endémico se haya hecho también donde no hay casos humanos de tifo, es decir

que el contagio no es allí sino de rata a rata, por intermedio posiblemente del *Polyplax spinulosa*, sin existir el pase por pulgas al hombre. Esto de encontrar ratas con tifo, alguien ha querido decir que no tiene importancia, porque eso no quiere decir casos en el hombre.

Tenemos, pues, en la actualidad: 1° localidades donde sólo existe el tifo murino; 2°, localidades donde existen tifo murino y tifo humano provocado por el pase rata-pulga-hombre, y 3°, localidades donde existe el tifo epidémico y, desapareciendo éste, el tifo murino. Esta es la situación actual y éstas son las conclusiones prácticas que pueden sacarse: Se ha de perseguir el reservorio. Desgraciadamente es muy difícil, pero están ampliamente justificadas todas las medidas que se usen contra las ratas para la profilaxis de esta enfermedad.

Dr. SUÁREZ. Yo quiero decir que estoy perfectamente de acuerdo con lo que acaba de decir el Dr. Miranda: Que es muy posible que en determinadas circunstancias el tifo endémico pueda ser la causa del estallido de una epidemia. Es posible, y es por eso de mucho interés para todos los países donde hay tifo, hacer un estudio preciso de la morbilidad por tifo en las ratas. Nosotros lo hacemos, justamente a pedido del Instituto de México. Hemos estado buscando las regiones que son los focos esenciales de la epidemia, para ver si había ratas infestadas. Todos los estudios que se han hecho hasta ahora sobre la posibilidad de que sea el tifo endémico transmitido por piojos, los estudios de Dyer y Mooser, demuestran que el tifo endémico mata al piojo más rápidamente que el otro. No se trata de conclusiones de una fuerza absoluta, pues hay estudios recientes que dicen lo contrario. El mayor golpe que se ha dado últimamente a la teoría de la dualidad de los virus, ha sido la conclusión obtenida por Varela y por Mooser al través de experiencias de laboratorio.

También quiero señalar otro hecho de importancia en la profilaxis del tifo, y es el uso del suero en los atacados por piojos. La vacuna tiene un empleo muy restringido debido al costo de ella y a las dificultades de manipulación. El suero ha sido empleado por Nicolle y ha sido empleado también por Otto Munter en forma empírica, teniendo con él bastante buenos resultados. Nosotros lo hemos empleado en larga escala, en algunos miles de casos, y quiero señalar algunos trastornos que su aplicación provoca. Aunque parezca increíble, este suero de hombre provoca trastornos similares a la enfermedad sérica, y hemos tenido casos comprobados de urticaria en hombres en quienes se ha inoculado suero por el procedimiento llamado empírico, mas en un porcentaje ínfimo que denota que es absolutamente inocuo el empleo de suero. En cuanto a la eficacia del procedimiento empírico aquí es bastante bueno, porque en personas picadas por piojos del mismo enfermo, colocado el suero en unas y en otras no, hemos visto que el resultado ha sido bastante

satisfactorio; pero no es tan importante cuando hay una epidemia, y hemos podido comprobar la ineficacia de algunos sueros a pesar de que su aplicación se manifieste por grandes oscilaciones en el enfermo.

Recientemente la escuela mexicana ha hecho un nuevo suero y se están haciendo estudios estadísticos relativos a su aplicación, y yo le estaría agradecido al Dr. Miranda si pudiera darme algunos datos al respecto. Nuestra experiencia nos enseña que el suero es un medio profiláctico de importancia en los tiempos de epidemia, dado que el picado por piojos en tiempo de epidemia no tiene otro recurso que el suero como preventivo; pero como curativo, no hemos tenido ningún resultado práctico.

Dr. MIRANDA. He formado parte de una comisión que ha estudiado los efectos terapéuticos del suero preparado por Ruiz Castañeda. Primero hemos empleado el suero que nos enviaban de la Universidad de Harvard donde lo prepara Zinsser con Ruiz Castañeda, y luego hemos usado suero preparado en el Instituto Biológico en México, y éste último es concentrado y desalbuminado. En las primeras experiencias hechas en México los resultados obtenidos nos llevaron a la convicción de que había que emplear, para obtener resultados terapéuticos satisfactorios, cantidades relativamente grandes de suero. En los últimos casos que tratamos con ese suero empleamos dosis de 50 cc., y pudimos ver casos en que la fiebre descendía bruscamente en el octavo día de la enfermedad; de manera que tuvimos la impresión neta de que en muchos casos disminuía la duración del tifo, y también que en algunos casos, que tenían toda la marcha clínica de gravedad, ésta disminuía; por ejemplo, hemos tenido casos en que desaparecía la albuminuria antes que el tifo, cosa que no habíamos observado antes, y de que el exantema desaparecía también al día siguiente de la aplicación del suero.

Con el suero desalbuminado y concentrado se gana, naturalmente en el sentido de que en lugar de 50 cc., podemos inyectar dosis de 25 o 30 cc. Los resultados han sido semejantes. No es absoluto el efecto, pues todavía hemos tenido casos de muerte, a pesar de la aplicación del suero; pero, para dar una idea sobre la mortalidad, diré que de 25 casos tratados, sólo murieron dos, mientras que en el tifo que tuvimos el año pasado en México, hubo una mortalidad equivalente a siete u ocho casos en veinte y cinco. La mortalidad ha disminuído, pues, en esa proporción.

En cuanto al suero usado como profiláctico, creemos que es más importante todavía que el usado como terapéutica. El Dr. Suárez se ha de haber enterado, por la prensa mexicana, de la experiencia llevada a cabo por Bustamante, Varela y Mooser. Se trataba de un pueblecito de indios del Estado de Puebla, que cuando se llegó con el suero, estaba en plena epidemia, habiendo numerosos casos.

Se hizo entonces la seroterapia del mayor número posible de los pobladores, y se pudo observar que ningún caso tratado por suero posteriormente contrajo la infección, y que algunos casos que escaparon a la seroterapia se infectaron. De manera que en esa forma pudimos detener rápidamente la epidemia, y creo que ello se puede hacer sobre todo en esos pequeños pueblos. Es difícil hacer seroterapia cuando se trata de una ciudad muy grande, pero en esas pequeñas localidades se puede constatar cómo, con este procedimiento, si la epidemia ha empezado ya, se puede detener bruscamente.

Dr. VACCAREZZA (Argentina). Después de las exposiciones de los señores Delegados de Chile y de México, muy pocas son las palabras que voy a decir. Citaré únicamente los hechos que se refieren al tifo exantemático observados en nuestro país, del cual se han registrado algunos casos con carácter esporádico, y una que otra epidemia muy limitada y prontamente combatida y dominada.

A fines del siglo pasado se registraron en la provincia de Entre Ríos algunos casos, introducidos seguramente por inmigrantes rusos. En el año 1918 hubo una epidemia en la provincia de Salta, en los valles calchaquíes, que fué estudiada por el Dr. Rodolfo Kraus, en aquel entonces Director del Instituto Bacteriológico, y por el Dr. Battaglia, y luego han existido algunos casos esporádicos en distintos puntos de la República. El año pasado, por ejemplo, ha habido dos casos en la provincia de Córdoba.

La epidemia producida en Chile impuso a las autoridades sanitarias argentinas la adopción de algunas medidas, como la exigencia del pasaporte sanitario y la vigilancia de los pasos de la cordillera, y a fines del año pasado, en los meses de octubre y noviembre, se desarrolló una pequeña epidemia en el departamento más occidental de la provincia de Catamarca, Tinogasta, localidad de 4,000 habitantes, rodeada por una serie de poblaciones pequeñas que suman cerca de 6,000 habitantes. En diferentes puntos se observaron varios casos de tifo exantemático, al parecer introducido desde Chile.

Las medidas adoptadas fueron las habituales, aunque los medios de que se dispuso eran muy rudimentarios. La campaña fué efectuada mediante brigadas de profilaxis y visitas domiciliarias, empleándose el barril serbio para la desinfección de las ropas, y también la estufa química para ciertos objetos. El resultado obtenido fué feliz. Inmediatamente después de la aplicación de estas medidas no se registró ningún nuevo caso. En total, llegaron a seis los casos diagnosticados.

Como contraste, más que como ilustración, con las instalaciones perfectas empleadas en Chile, voy a pedir que se proyecten algunas fotografías tomadas durante la campaña realizada en aquella apar-

tada región del oeste catamarqueño, que servirán para apreciar los medios improvisados a que debió recurrirse.

Se proyectan en la pantalla las fotografías.

Después de las manifestaciones formuladas por las Delegaciones de Chile y México, sometemos a la consideración de la conferencia el siguiente voto:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, después de considerar el complejo problema de las enfermedades tifo-exantemáticas, acuerda:

1°. Recomendar la prosecución de las investigaciones realizadas en diferentes países de América, que han permitido puntualizar importantes aspectos de ese problema y que deben conducir al pleno conocimiento de su epidemiología y profilaxis.

2°. Recomendar la realización de estudios semejantes en aquellos países del continente que todavía no las hayan emprendido determinando la posible existencia y caracteres de algunas de dichas enfermedades, sus agentes vectores y reservorios de virus. A este efecto los departamentos sanitarios llamarán la atención de los médicos prácticos, sobre dichas enfermedades, para que puedan ser descubiertas y estudiadas.

3°. Otorgar un voto de aplauso a las investigaciones de Estados Unidos, México, Brasil, Perú, Chile y otros países del continente, por las valiosas y recientes conquistas logradas en este capítulo de la patología infecciosa.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). En nombre de la Delegación del Perú, apoyo calurosamente el voto que acaba de formularse y si fuera posible, deseo ampliarlo por consideraciones que están en el ánimo de todos, pero que no han sido exteriorizadas. Por las declaraciones de los señores Delegados de Chile nos hemos enterado de la situación de verdadera congoja por que ha atravesado ese país, por la epidemia del tifo exantemático y crisis de todo orden. Sin embargo, ese país, con un ahinco y una tenacidad admirables, ha hecho frente a la epidemia con sus propios recursos y con los resultados que todos sabemos.

Santiago es un centro importante de intercambio americano. La navegación aérea lo hace un punto de pasaje. A pesar de ello, el tifo exantemático no se ha propagado ni a la Argentina ni al Perú. Esto se debe, y hay que declararlo lealmente, a la manera verdaderamente moderna, franca y decisiva con que las autoridades sanitarias de Chile han encarado su propio problema, constituyendo en el campo internacional una verdadera enseñanza para los demás países. Han tenido el gesto vigoroso de declarar su situación para coordinar la obra propia con la ajena, a fin de conseguir la limitación de los focos de las distintas enfermedades. Por eso me permito ampliar el voto propuesto, en el sentido de otorgar un voto especial a las autoridades sanitarias de Chile por la forma verdaderamente encomiable en que han encarado y resuelto el problema del tifo exantemático.

Ya que estoy en el uso de la palabra, como aquí se ha hablado de investigaciones sobre el tifo, quiero declarar a la asamblea que en el Perú se están realizando en estos momentos extraordinarias investigaciones sobre dicha enfermedad, como igualmente sobre la verruga, que para muchos de nosotros los peruanos no constituye

sino una variedad de las fiebres exantemáticas. Los trabajos realizados por la escuela médica peruana han venido a esclarecer una serie de asuntos muy interesantes, entre ellos el de que muy a menudo el tifo que se declara en nuestras serranías, estalla consecutivamente a alguna mortandad de cierta clase de animales. El habitante de las serranías peruanas ama por encima de todo a sus animales. Ellos ocupan un lugar predilecto y no exagero al afirmar que los ama tanto o más que a su mujer y a sus hijos. A consecuencia de ello en ciertas zonas apartadas se inicia el tifo y por el piojo, transmisor del virus, se convierte en epidemias de mayor o menor intensidad. No quiero distraer más a la Conferencia, pero quiero dejar constancia que el Perú se sumará dentro de poco con investigaciones verdaderamente originales a la obra positiva que realizan en otros países.

El Sr. PRESIDENTE. El voto propuesto consiste, en síntesis, en recomendar la prosecución de investigaciones y estudios sobre tifo exantemático y en un voto de aplauso. En cuanto al primer punto, creo que nadie ha de discutirlo. El voto de aplauso, segundo punto, me parece que es bien merecido. Podría votarse ahora; una vez aprobado, pasará a la Comisión de Redacción para que conjuntamente con el agregado propuesto por el Dr. Paz Soldán, se haga la redacción definitiva. Pido el pronunciamiento de la asamblea en ese sentido. (*Asentimiento general.*)

Dr. PAZ SOLDÁN. La Asamblea podría autorizar que pasara ese voto a la Comisión de Resoluciones y Votos, para que después lo someta en sesión plenaria. Como estamos de acuerdo en lo fundamental, lo gramatical es cuestión secundaria.

El Sr. PRESIDENTE. En ese sentido lo ha pedido la Presidencia y así se ha pronunciado la Asamblea.

La Comisión sobre Fiebre Amarilla ha expedido su dictamen y dentro de breves minutos será distribuido. La Comisión de Peste ha terminado sus tareas esta mañana, pero aún no ha redactado su informe. Se podrían tratar en la sesión de mañana los despachos sobre fiebre amarilla y peste.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ (México). Ya están listos los dictámenes sobre Código y Convención Sanitaria de Navegación Aérea. Propongo que la asamblea fije día para considerar los mismos.

El Sr. PRESIDENTE. Esos dictámenes deberían considerarse después de los correspondientes a fiebre amarilla y peste, porque ambas cuestiones deben ser contempladas en el código y convención sanitarios. Pido a la asamblea se pronuncie en ese sentido. (*Asentimiento.*)

El Sr. PRESIDENTE. Mientras tanto podemos continuar tratando otros asuntos de la orden del día. Como seguramente no va a ser posible considerar todos los puntos, pido a los señores Delegados que tengan especial interés en considerar algún asunto, lo propon-

gan a la mesa. La Delegación del Brasil ha pedido especialmente que se consideren la vacunación antivariólica y el alastrim.

Dr. SUSSINI (Argentina). Creo que para todas las Delegaciones sería de extraordinario interés escuchar la experiencia argentina sobre fiebre endulante, por ser el país latinoamericano donde más se ha estudiado esta enfermedad. La Delegación argentina tiene interés en que se trate este tema. (*Asentimiento.*)

El Sr. PRESIDENTE. No encontrándose en estos instantes presente el señor Delegado de Chile, que piensa intervenir en el debate, podríamos postergarlo por un momento. Si los señores Delegados tienen interés en otras cuestiones, podrían manifestarlo.

Dr. PAZ SOLDÁN. Propongo se trate Eugenesia. La Conferencia podría escuchar al Dr. Monge que ha traído un interesante trabajo sobre eugenesia—asunto que se contempla desde un aspecto poco conocido—y que sería de verdadero interés.

Dr. SUSSINI. La Delegación argentina tiene interés en tratar el tema de la leche, que no ha sido tratado en ninguna Conferencia y que figura entre los primeros puntos de nuestro programa.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero hacer notar a los señores Delegados, que se ha convenido en dedicar la sesión del martes especialmente a la lucha contra la lepra y enfermedades venéreas. La comisión está preparada para ese día.

Mañana podríamos tratar lepra y enfermedades venéreas y como es posible que esos dos asuntos no nos tomen toda la sesión, podríamos continuar con fiebre amarilla y peste, asuntos estos últimos que se podrían considerar en la sesión de hoy si tuviéramos tiempo.

FISIOLOGIA EN LAS ALTURAS

Dr. MONGE (Perú). He querido traer a conocimiento de esta Conferencia una cuestión sanitaria que es, a mi juicio, de trascendental importancia para América, pues en ella la agresión morbosa no es una infección ni un parásito, ni se contrae por carencia ni se debe tampoco a un tóxico. Me refiero a la “agresión climática,” que ataca a los individuos que constantemente han vivido en el altiplano y bajan a habitar al nivel del mar, e igualmente a los que habitan normalmente al nivel del mar para ir a vivir al altiplano.

La existencia de poblaciones aclimatadas a la vida en las grandes alturas habitadas de América, desde una época prehistórica entre 2,000 y 5,000 m. sobre el nivel del mar, plantea la necesidad de estudiar la biología andina: hombres, plantas y animales. Las características del hombre de los Andes que corresponden a determinados aspectos morfológicos y fisiológicos, han sido establecidas, en la medida de su capacidad, por la Escuela Médica de Lima.

Visto el problema en el sentido de la propagación de la especie, el hecho de diaria observación en animales y plantas, que llevados

de la costa a la sierra y viceversa, degeneran o mueren, adquiere caracteres trascendentales para juzgar la genética humana.

Es conocida la esterilidad de los sementales importados a las Sierras elevadas y los procedimientos que se adoptan para su aclimatación. La historia nos dice que desde la fundación de Potosí, el problema de la reproducción y la mortalidad del recién nacido, fué uno de los más graves. El habitante aclimatado del altiplano, es una fatalidad para la conservación de la raza y por consiguiente ha de recibir importancia el ser que asegure la vida en las alturas.

Los fisiólogos que estudiaron la vida en las alturas se limitaron a investigaciones sobre el hombre que llega a las alturas. De allí que sus resultados no sean aplicables al problema americano sino en parte. Sus generalizaciones—Jourdanet aseguraba que la raza mexicana estaba condenada a desaparecer—más bien ha desviado el problema de su verdadero lugar. El nuestro es distinto: es el estudio de las razas que pueblan los altiplanos y en las que predominan factores hereditarios o adquiridos. Debe mejor hablarse de adaptación para los recién llegados y aclimatación para los naturales del lugar. Es entendido que el problema es reversible. Y que lo que pasa con el individuo que va a la sierra, ocurre también con el individuo que baja a los llanos.

La movilización en masa de los habitantes de las serranías a la costa, se traduce por perturbaciones que los predisponen a distintos procesos morbosos, siempre que no siga determinadas reglas higiénicas, a saber: frecuencia de trastornos respiratorios: neumonías, bronquitis crónicas, broncoestiasias, abscesos pulmonares y sobre todo tuberculosis pulmonar, descartado el conocido factor cuartel. Asimismo, las movilizaciones de poblaciones de los llanos a la Sierra, aparte del conocido mal de montañas (soroche) determina un cierto número de síndromes morbosos a los que he dado el nombre de síndromes eritrémicos, y cuyo conjunto lleva el nombre de Enfermedad de los Andes. De otro lado se originan también insuficiencias cardíacas por anoxemia, aparte de los casos de muerte súbita. (Síndromes insuficiencia renal, digestivos, etc.)

Establecidos estos hechos, hay que convenir en que si conocemos la fisiología del hombre de los llanos, nos falta aún conocer la del hombre de los Andes. Sobre él sólo se hicieron afirmaciones apriorísticas. No hubo bases científicas de observación. Esa ha sido nuestra labor dentro de nuestras posibilidades. Lo poco que hemos hecho está consignado en nuestras publicaciones (La enfermedad de los Andes, *An. Fac. Med. Lima*; "Les Erithrémies de l'Altitude," Masson, París 1929; *Rév. Maladies Coeur*, París, 1930; *Il Poli-clínico*, Roma, 1929, y en el reciente "Traité de Biologie et Climatologie Médicale," Masson, París.) Por ellas puede verse la enormidad del problema planteado. La Bioquímica, la Fisiología se ajustan a modalidades particulares de adaptación o de aclimata-

ción. El enorme material acumulado en el Perú, aún no ha sido enjuiciado en su totalidad. Se trata de diez años de trabajo, y lo que falta por hacer es enorme.

Un ejemplo puede dar idea de la originalidad del problema: La respuesta cardiovascular para esfuerzos moderados, 500 a 700 Kg. es paradójica en el 50% de los casos. El corazón responde con bradicardia. A 4,000 m. de altura, en observaciones que pasan de 500, las pruebas de esfuerzo son muy superiores a las del hombre de la costa, en la costa. El sujeto de los Andes responde como un atleta de fondo. Su corazón es supranormal. No sería aventurado decir que debe estar modificado, sino en su finalidad, en sus modalidades. Es normal en las alturas. Pero cuando se compara al recién llegado con el nativo, no obstante la apariencia de aclimatación del primero, gasta tres veces más oxígeno.

Este problema del conocimiento del hombre, exige el del medio que lo envuelve. Quizás, en ningún lugar mejor que en éste, hay derecho para hablar de Cosmometeoropatología. El hombre es función del clima. Y si éste tiene una característica tan honda como la depresión barométrica y el enrarecimiento del aire respirado, debe concluirse de que tal hombre ha de adaptarse a su nuevo medio. Y efectivamente así es. Altura, presión barométrica, humedad, radiación solar, yonización de la atmósfera, los caracteres de los climas andinos, se asemejan a los de las estaciones climáticas de altura. Nuevo tema de investigación.

La pérdida de la adaptación o de la aclimatación, establece perturbaciones morbosas en los Llanos y en la Sierra, que interesan al médico. Pero hay además, *la agresión climática* contra los sujetos que van de la sierra a la costa o viceversa; agresión, y que es una peculiaridad del clima andino y que implica un problema americano. Las Conferencias sanitarias se han ocupado hasta ahora de la lucha contra las agresiones parasitarias, infecciosas, contra la toxicomanía, los síndromes carenciales, etc.; no creo que esté fuera de lugar que se pida meditación a los médicos y a los higienistas de América, donde millones de hombres pueblan los altiplanos—en los problemas conexos con la agresión climática: tuberculosis, enfermedades respiratorias, síndromes cardíacos de altura, muerte súbita, esterilidad, etc., causas todas de desmejoramiento poblador y racial. Agréguese que los veterinarios ya se ocuparon de este asunto. Es éste el problema tal vez más genuinamente americano que nos impone el hecho geográfico de la distribución vertical del hombre sobre América.

El Gobierno del Perú ha querido que el profesor de clínica médica se asocie a la Delegación peruana con el objeto de someter a la consideración de ustedes un problema trascendental desde el punto de vista higiénico, y que nos parece que debe merecer apoyo de los países americanos, si es que lo merece.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Apreciando en toda su trascendencia el problema planteado por el Delegado del Perú, Dr. Monge, con el Delegado argentino Dr. Vaccarezza hemos convenido formular un voto en la siguiente forma:

La Novena Conferencia, teniendo en cuenta que el hombre, que habita los llanos y las altiplanicies, presenta características anatomofisiológicas y biológicas propias resuelve recomendar a las Instituciones o Centros Científicos, en los países de marcadas diferencias topográficas, la continuación de los trabajos ya emprendidos a fin de conocer con exactitud, las influencias que producen alteraciones en la salud de los habitantes que pasan de una localidad alta a otra baja o viceversa.

Dr. HOUSSAY (Argentina). Este problema, que interesa mucho a la salud pública americana, puesto que grandes poblaciones viven en las alturas y sufren la influencia del medio, ha sido ya encarado en México y en el Perú, que son las dos grandes naciones que nos han dado estudios importantes ya tradicionales como los de Jourdanet, Viault, y ahora los de Monge, que son los que actualmente llaman más la atención de todo el mundo.

Es un problema de interés internacional y de interés americano. La prueba de que se trata de estudios de interés internacional, es que en Europa se ha establecido en Monterroso un instituto especial para el estudio de este problema, que es costeado por varios países, aunque yo personalmente lo considero superfluo, porque el problema americano es mucho más importante, porque aquí hay alturas elevadas, con un confort extraordinario para hacer las investigaciones, con un clima benigno y con una masa enorme de población que permite un estudio más profundo. Creo, pues, que es necesario que se hagan esos estudios, y, naturalmente, los sitios indicados para que haya instituciones permanentes que informen a todos los países de América sobre las investigaciones, son aquellos donde hay altiplanos poblados. Por eso yo había redactado un voto que dice:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando la importancia científica que tiene el conocimiento de las condiciones en que se desenvuelve la vida de los pobladores de las altiplanicies y las comprobaciones obtenidas ya en lo que respecta a las perturbaciones que sufren, juzga de grande utilidad que los países que cuentan con mesetas elevadas, asientos de poblaciones, funden Institutos especiales para el estudio de los múltiples y complejos problemas fisiológicos y fisiopatológicos que allí se desarrollan, como un valioso elemento para fijar las reglas de la vida sana en estos parajes.

Y estima que sería de fecunda trascendencia para la colonización de estas comarcas y su poblamiento, que los resultados a que se llegue se comuniquen por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana a todos los países del Continente.

Dr. OBARRIO (Argentina). El tema que ha traído el señor Delegado del Perú Dr. Monge, es indiscutiblemente de capital importancia para América y los votos propuestos demuestran acabadamente que es así. Yo me voy a limitar a expresar el resultado de mi experiencia personal dentro de mi especialidad.

He tenido oportunidad de comprobar una serie de trastornos del sistema nervioso en esos síndromes que yo sistemáticamente designo como síndromes depresivos, en personas que bajaban de las alturas

y descendían al llano llegando hasta Buenos Aires, y en cambio he observado los beneficios experimentados por ciertos enfermos cuando se les dirige a vivir a alturas medianas, de 1,000 a 1,200 m. Debo manifestar que no a todos los que presentan síndromes depresivos puede dirigírseles impunemente hacia las alturas, porque cuando la ansiedad, compañera inseparable de todos los síndromes depresivos, es intensa, entonces esas alturas perturban más el estado del enfermo, trayendo una mayor angustia y una mayor nostalgia. Son interesantes esas observaciones que yo me he permitido traer a la consideración de los señores Delegados, de personas que viven en las alturas y se enferman en los llanos, y de personas que, enfermas en los llanos, cuando van a vivir a una altura moderada modifican notablemente su estado patológico.

El Sr. PRESIDENTE. Me parece que los dos votos que se han propuesto pueden refundirse en uno solo. Creo, por lo demás, que hay asentimiento general en el sentido de felicitarse por los trabajos del Dr. Monge y por los de la escuela mexicana, y que todos tenemos el mayor interés en que esos trabajos se prosigan en la forma más amplia y completa posible.

Entonces, si hay asentimiento general, pasarán los dos votos formulados a la Comisión de Votos y Resoluciones, para que ésta redacte una proposición que abarque a ambos. (*Asentimiento general.*)

EUGENESIA

Antes de pasar a otro tema, creo conveniente que la Asamblea considere una proposición que va a hacer el señor Delegado de Cuba respecto al tema No. 19: Eugenesia; relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura con la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dr. RAMOS (Cuba). Voy a proponer que pasemos este asunto a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Sr. PRESIDENTE. Si hay asentimiento general pasará el tema 19 a la 10ª Conferencia Sanitaria Panamericana. (*Asentimiento general.*)

Invito a los señores Delegados a un breve cuarto intermedio y al reanudar la sesión trataremos la Vacunación antivariólica, el Alastrim, y si tenemos tiempo, las conclusiones de la Comisión de Fiebre Amarilla.

Se pasa a intermedio siendo las 17.45 horas (5:45 P. M.).

A las 18 y 20 (6:20 P. M.)

VACUNACION ANTIVARIOLOSA

El Sr. PRESIDENTE. Continúa la sesión. Tiene la palabra el señor Delegado del Brasil, Dr. Roças, que va a hablar sobre vacunación antivariólica y sobre alastrim.

Dr. ROÇAS. Dada la premura del tiempo, no voy a hacer un

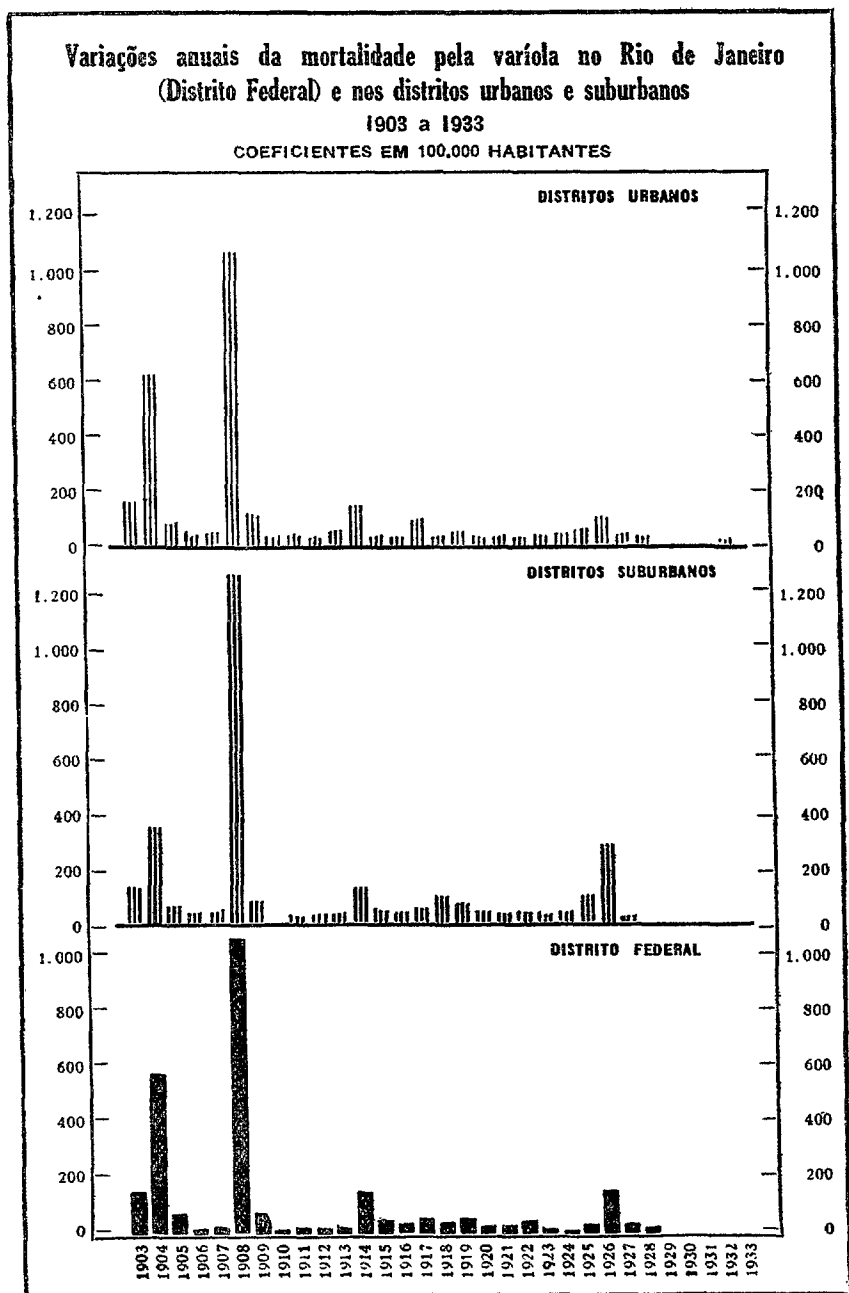
estudio sobre la preparación de la vacuna antivariólica, que por otra parte ha sido hecha en Río de Janeiro por el Instituto Oswaldo Cruz, el que siguió el procedimiento clásico, modificándolo solamente cuando se hacía necesaria la reactivación del virus.

Sólo me referiré a la nueva orientación seguida en la profilaxis de la viruela, orientación que ha sido aceptada y adoptada por el servicio de vacunación del antiguo departamento nacional de salud pública, convertido hoy en Dirección Nacional de Sanidad y Asistencia Médico-Social.

Debo declarar que actualmente se ha impuesto definitivamente una nueva doctrina en el Brasil sobre esta materia, y que consiste en suprimir la revacunación en la profilaxis de la viruela. Se ha arribado a esta conclusión en virtud de serias observaciones y experiencias de más de 8 años realizadas en Río de Janeiro, en donde la viruela existía constantemente hacía mas de 70 años. Gracias a la nueva orientación, ha podido erradicarse de dicha ciudad, que tiene cerca de 2 millones de habitantes, tan grave y mortífera enfermedad.

Voy a exponer en forma brevísima cómo se ha llegado a la formación de la nueva doctrina. Para ejemplificar, supongamos el siguiente caso: 8 personas viven en una casa habitación, de las cuales 1 está atacada de viruela, 2 nunca se han vacunado y las 5 restantes fueron vacunadas una vez. De acuerdo con las disposiciones del código sanitario de Río de Janeiro, en presencia de esa persona atacada de viruela, había que vacunar a las 2 personas que nunca lo habían sido y revacunar a todas las demás. Cumplida esa exigencia, en la generalidad de los casos se ha llegado a esta conclusión: que las personas vacunadas en ese momento por primera vez, se enfermaban de viruela, porque estaban en estado de incubación y no podía conseguirse la inmunidad de inmediato; en cuanto a las revacunadas, nunca se enfermaban de viruela, no obstante que en algunos casos la revacunación no prendía. Este acontecimiento, que siempre se producía en los focos de viruela, de una manera constante y uniforme, impresionó al Director del Servicio Nacional de Salud Pública y con tal motivo resolvió abrir una encuesta epidemiológica para saber cuántos años hacía que estaban vacunadas las personas que nunca adquirirían el contagio. En observaciones sucesivas se ha verificado que personas que residían en los focos de viruela hacía 10, 15, 30, 40, 50, 60, 70 y 80 años conservaban la inmunidad de la primera vacunación. Si fuera cierto lo que dicen algunos autores americanos de que la inmunidad sólo dura 7 años, las personas que después de ese período estuvieron en contacto con variolosos, hubieran contraído la enfermedad por haber desaparecido la inmunización. Justamente se ha comprobado lo contrario. Muchas personas que se habían vacunado en la infancia, continuaban inmunizadas a los 80 años.

Como esa experiencia era constante, el Director resolvió que en los focos de viruela no se hiciesen más revacunaciones, a fin de apre-



(*) Diagnostico contestado pelo Serviço de vacinação contra a varíola do D. N. S. P.

surar la comprobación definitiva de lo que venía observando. En todas las residencias colectivas en que habitaban más de 200 per-

sonas y se producía algun caso de viruela, no se practicaba ninguna revacunación. *No hubo un solo fracaso en esta experiencia.* Ninguna de las personas que se habían vacunado una sola vez hacía muchos años había perdido la inmunidad; *de manera que la inmunidad de la primera vacuna es definitiva.* A raíz de esa extraordinaria conclusión, el servicio de vacunación resolvió cambiar de orientación y suprimir la práctica de la revacunación, y la viruela, que era endémica en Río de Janeiro, fué completamente extirpada de Río de Janeiro, pues hace más de 7 años no se produce ningún caso. Sin estar influenciado por la nueva orientación, se comprobó luego que en La Haya también se efectúa una sola vacunación desde hace más de 25 años, sin que en ese espacio de tiempo tan largo ocurriese ningún caso de viruela.

Defunciones por viruela en la ciudad de Río de Janeiro desde el año 1859 a 1934.

Años	Muertos	Años	Muertos
1859.....	140	1897.....	36
1860.....	133	1898.....	65
1861.....	178	1899.....	1,395
1862.....	334	1900.....	590
1863.....	186	1901.....	1,414
1864.....	147	1902.....	580
1865.....	1,026	1903.....	805
1866.....	305	1904.....	3,566
1867.....	428	1905.....	256
1868.....	102	1906.....	9
1869.....	34	1907.....	130
1870.....	338	1908.....	9,046
1871.....	120	1909.....	355
1872.....	1,021	1910.....	1
1873.....	1,629	1911.....	8
1874.....	649	1912.....	12
1875.....	363	1913.....	118
1876.....	169	1914.....	1,230
1877.....	103	1915.....	258
1878.....	2,175	1916.....	121
1879.....	197	1917.....	418
1880.....	27	1918.....	222
1881.....	127	1919.....	305
1882.....	937	1920.....	99
1883.....	1,366	1921.....	49
1884.....	90	1922.....	117
1885.....	4	1923.....	40
1886.....	164	1924.....	4
1887.....	3,357	1925.....	359
1888.....	171	1926.....	2,187
1889.....	609	1927.....	69
1890.....	361	1928.....	0
1891.....	3,944	1929.....	0
1892.....	380	1930.....	0
1893.....	54	1931.....	0
1894.....	86	1932.....	0
1895.....	1,865	1933.....	0
1896.....	422	1934.....	0

Es verdad que hay cierto número de personas que no tienen la facultad de retener los elementos inmunizantes y que por alguna anomalía orgánica pierden inmediatamente la inmunidad; pero ese número es insignificante y esos individuos por su incapacidad para

retener los anticuerpos, nunca tienen garantías de su inmunidad. Siempre que se revacunán, la vacuna prende y pueden tener la viruela más de una vez. Eso no debe impresionar, porque si esos casos fuesen tomados como patrón, se llegaría a la conclusión que la vacuna no inmuniza. Como digo, su número es insignificante en relación a la masa de la población y no llega a constituir un peligro para ésta.

En atención a lo que sintéticamente acabo de exponer y considerando que la práctica de una sola vacunación, además de constituir una garantía segura para la población, produce como consecuencia una gran economía para el servicio de salud pública y menores molestias para la población, la delegación del Brasil propone el siguiente voto en esta Conferencia:

Que se sugiera a los países americanos la conveniencia de adoptar en la profilaxis de la viruela la práctica de una sola vacunación, de acuerdo con los resultados concluyentes de la experiencia brasileña.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). El Uruguay tiene una ley de vacunación obligatoria. Es práctica vacunar allí a los niños en el primer año de su vida y al ingresar a la escuela.

Yo he tenido oportunidad de alcanzar la última epidemia seria que hubo en mi país en 1910. Se produjeron 1,800 casos, de los cuales 600 fatales. La epidemia se caracterizó por una gran gravedad. Observé un gran número de enfermos y comprobé que los que curaron eran los vacunados de 10, 15 o 20 años antes. Esos enfermos tenían una temperatura discreta, de 38 o 38.5° de fiebre; de modo que es indudable que la primera vacunación no inmuniza en forma definitiva.

El otro inconveniente que quiero presentar, es desde el punto de vista profiláctico. Muchas de las personas atacadas de viruela benigna no desatienden sus ocupaciones y con sus pústulas muy separadas llevan el contagio de uno a otro lado, propagando el mal. Por esas razones, hago reservas sobre la no revacunación.

Dr. BEJARANO (Colombia). Respecto de la viruela, tengo algunas opiniones personales que creo ha de compartir gran número de los señores delegados. A mi juicio la viruela es una enfermedad que ya no debería merecer la atención de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Al menos en lo que se refiere a mi país, puedo asegurar que la hemos visto decrecer notablemente, perdiendo a diario la virulencia que tenía antes.

En casi todos los países del mundo, existe por ley la obligación de la vacuna antivariólica. Nadie puede ser matriculado en una escuela sin haber recibido, por decirlo así, el bautismo de la vacuna. Es un requisito indispensable para ingresar en la vida ciudadana, que comienza en la escuela. De ahí que no considere a la viruela como problema sanitario de carácter internacional, ni siquiera como nacional, y sobre todo por tratarse de la mejor de las grandes adqui-

siciones de la medicina preventiva, cuál es la de haber encontrado una vacuna definitiva.

Espero que la IX Conferencia Panamericana ha de llegar a una conclusión definitiva sobre el particular y que no se volverá a ver este tema nuevamente en las futuras conferencias panamericanas. Podría surgir la posibilidad, podrá decirse, de tener que tratarla en otra oportunidad con motivo del desarrollo de la aviación. No será así, porque felizmente se trata de una enfermedad que no es transmisible por ningún huésped intermediario; no puede equipararse a la fiebre tifoidea o al cólera, transmisibles por medios hídricos. Por el contrario, se trata de una enfermedad de fácil diagnóstico, de fácil aislamiento, que no implica ninguna complicación desde el punto de vista sanitario.

El Dr. Roças, con muy buen fundamento a mi modo de ver, propone se elimine por completo la revacunación. Yo comparto desde el punto de vista teórico, diría así, la indicación del Dr. Roças, pero no desde el punto de vista higiénico en su totalidad, porque considero que la revacunación ofrece una mayor garantía de seguridad para prevenir la enfermedad. En Colombia no he visto yo y las estadísticas tampoco lo dicen, que se hayan producido casos de viruela en individuos vacunados una sola vez en su vida. Parece, pues, que la vacuna confiere una inmunidad definitiva, aunque en principio se haya dicho que es una inmunidad que se conserva solamente por espacio de 7 años.

El sistema de la vacunación que es completamente inofensivo, no implica sino una pequeña pérdida de tiempo para las personas que se ocupan de hacerla y la revacunación, tiene por el contrario, a mi modo de ver, una gran fuerza educadora. Las personas conscientes que han sido vacunadas, que alcanzan a conocer la eficacia de esa pequeñísima operación y que comprueban que ella no produce complicación alguna, influirán en forma marcada en la gran cantidad de personas refractarias con que se cuenta en cada país, en razón, a veces, de la falta de cultura, y otras, por tratarse de grandes masas rurales, y las convencerán de la eficacia del método.

Desde este punto de vista, yo solamente discutiría la no conveniencia de que nosotros no adoptáramos el principio de la revacunación o nos pronunciáramos a propósito de que no es necesaria. Debemos partir de la base de que la vacunación—método sencillo y esencialmente fácil de practicar—no hay por qué limitarla sino, por el contrario, buscarle estímulo por todos los medios imaginables hasta tanto lleguemos, después de sucesivas generaciones, a la comprobación de que no es necesario este método artificial.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Dejo reservado el voto del Perú, en virtud de que no estando presente la Delegación en este momento, no podría yo secundar el voto propuesto por el Dr. Roças, y no porque desde el punto de vista técnico tengamos discrepancias, sino

porque del punto de vista práctico él tiene mucha importancia. En países atrasados, donde hay todavía mucha resistencia para el cumplimiento de la vacunación y revacunación, si se sigue manteniendo el criterio de la revacunación, se podrá conseguir que lo cumplan hasta los que se han vacunado y a los que la vacuna no les ha prendido. No sé lo que pasará en el Brasil, pero entiendo que en otros países de América la práctica de la revacunación permitirá más fácilmente el cumplimiento de la vacunación.

Comprendo que, del punto de vista económico, a los gobiernos les sería sumamente grato que una reunión de higienistas les dijera que basta una sola vacunación, pues de esa manera se evitarían el empleo de importantes sumas de dinero.

Por otra parte, no me parece muy amplia o muy sólida la base de las conclusiones. Nosotros, frente a los hechos meramente epidemiológicos que se juzgan con el contralor de la estadística en América, y sabemos que siempre hay que tomarlos con cierta reserva y sustituirlos con la experiencia intensiva de los pueblos, como la que se puede hacer en aquellos países con un sistema de declaración y control de las enfermedades, muy desarrolladas.

Por estas consideraciones, yo me permitiría sugerirle al autor de la proposición que la modificara diciendo:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana ha tomado conocimiento de la comunicación de la Delegación Brasileña sobre la práctica del sistema de no revacunación, y la recomienda como estudio y objeto de examen a los pueblos de América.

Dr. RAMOS (Cuba). Se me ha remitido desde mi país una muestra de pulpa y exudados de vacuna y voy a explicar por qué no puedo suscribir, aun creyéndola interesante, la proposición hecha por la Delegación brasileña.

He traído esa pulpa y ese exudado, sobre todo para satisfacción de nuestro Director del Centro de Vacuna. En Cuba tenemos dos hombres, el jefe de cuarentena, Dr. Hugo Roberts, y el Director del Centro de Vacuna, Dr. César Massino, en los que tenemos plena confianza por la eficacia con que se desempeñan en estas tareas. El propio Dr. Massino ha ideado estuches naturales hechos de caña en los cuales vienen la pulpa y el exudado.

Yo no me atrevería a modificar las ordenanzas sanitarias de Cuba en lo que se refiere a vacunación sin contar previamente con la opinión de esos dos doctores, a los cuales se ha confiado la defensa contra esa enfermedad.

Voy a dejar en Secretaría la experiencia llevada a cabo en el Centro de Vacunación de Cuba en la lucha contra la viruela, que me ha entregado el doctor Massino para traerla a esta Conferencia. Le pido disculpas al señor Delegado del Brasil por no poder suscribir la proposición que él ha hecho.

Dr. VACCAREZZA (Argentina). En igual sentido que los señores Delegados que acaban de hacer uso de la palabra, considero que no

es oportuna la derogación de las reglas de revacunación antivariólica. La práctica de la vacunación y revacunación está tan arraigada entre nosotros, al menos, que considero inconveniente modificarla en el momento actual. Y no sólo por las razones de orden práctico a que se refería el Dr. Paz Soldán y que atañen al orden económico, sino también por consideraciones de orden general y doctrinario.

Ya sabemos que los estados de inmunidad son inestables, más o menos duraderos, según las condiciones de orden individual y la naturaleza del agente infeccioso. Una observación cuantiosa en un término largo de tiempo, que nos precisara la frecuencia de los casos positivos de revacunación y de los casos de viruela en primovacunados, podría servirnos para considerar, entonces, la posibilidad de abolir ese sistema. Podrá discutirse si es conveniente practicar la revacunación cada año, como se exige entre nosotros cuando es negativa, o en un lapso de tiempo más largo, pero debemos continuar insistiendo, por ahora, en la necesidad de la revacunación antivariólica.

Dr. LIMA (Brasil). La práctica de la revacunación antivariólica crea, hasta cierto punto, embarazos a la vacunación. En efecto, así sucede en las grandes masas de individuos a los que se les aplica la medida de nuevo, dejándose de lado a los que nunca se vacunaron.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). La razón substantiva, de carácter teórico doctrinario irrefutable, está en que en el actual estado de conocimientos no tenemos un criterio para saber cuándo concluye la inmunidad antivariólica. No existe método con el cual podamos afirmar a ciencia cierta que tal individuo ha adquirido la inmunidad, o que en tal otro ha desaparecido. Por eso es que yo presento a la consideración de la asamblea un voto sustitutorio de la proposición del señor Delegado del Brasil, que he hecho llegar a la Mesa y que pido al señor Secretario le dé lectura. Tal vez encuentre él la unanimidad o por lo menos la mayoría.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana ha tomado conocimiento de la comunicación presentada a su examen por la Delegación del Brasil, por la que recomienda la práctica de uni-vacunación antivariólica y acuerda someterla a estudio de las autoridades sanitarias de los países de América, insistiendo en la conveniencia de investigar los resultados de la estadística de la revacunación.

El Sr. PRESIDENTE. Yo me voy a permitir decir dos palabras a este respecto.

Tengo una larga práctica como clínico y como Director de Sanidad durante muchos años, y me parece que sería peligroso adoptar el temperamento propuesto por nuestro distinguido colega del Brasil, de un modo definitivo.

Todos hemos visto casos en que la viruela ha sobrevenido en vacunados después de un período de 10, 12 ó 14 años, y casos numerosos

en que la revacunación prende y en que por consiguiente tenemos el derecho de pensar que estaban expuestos a la viruela, y que la nueva vacuna ha venido a prolongar por un tiempo mas o menos largo la inmunidad. Me parece, pues, que sería peligroso como práctica general abolir la revacunación. Creo si que hay en eso, como decía el Dr. Paz Soldán, un objeto interesante de estudio, que debemos seguir observando; pero me parece muy arriesgado que declaremos que ya debe abolirse la revacunación.

Y en cuanto a los resultados obtenidos en el Brasil, yo me permito creer que el gran éxito obtenido no es porque hayan dejado de revacunar, sino porque han vacunado bien al principio. Lo fundamental es la vacunación antes del año de edad a todo el mundo; lo demás es secundario. No creo, pues, que el éxito deba atribuirse a que no se ha revacunado, sino a que se ha vacunado muy bien desde el principio.

Estimo que sería muy peligroso que una conferencia como la nuestra, formada por funcionarios sanitarios e higienistas tomara sobre sí la responsabilidad, demasiado grande, por sólo esta experiencia de algunos años, de declarar terminantemente que debe abolirse la revacunación.

Dr. SUÁREZ (Chile). En mi país no se ha llevado estadística por separado de las vacunaciones y de las revacunaciones. Como dato efectivo, puedo decir que la viruela en Chile se ha extinguido en absoluto desde 1929, es decir que han pasado cinco años durante los cuales no hemos tenido ningún caso. Las estadísticas demuestran un absoluto paralelismo entre el decrecimiento de la mortalidad y morbilidad por viruela y el número de inoculaciones de vacuna que se han practicado.

Creo, como ha dicho muy bien el señor Delegado del Brasil, que hay que estudiar muy a fondo los porcentajes y la positividad de las revacunaciones. Y estoy de acuerdo también con el señor Presidente en que las investigaciones deben encaminarse naturalmente a establecer en primer término cuál es el plazo de inmunidad que da la vacuna antivariólica. A nosotros no nos ha sido posible conocer exactamente la duración de esta inmunidad. Creemos que sea mucho mas larga de lo que se admite actualmente, y en ese sentido pueden ser ilustrativas las estadísticas que he traído y que voy a entregar a la Secretaría para su publicación, y en las que, como verán los señores Delegados, se constata la completa extinción de la viruela en mi país.

Dr. ROÇAS. No ha sido una sorpresa para mí la oposición que ha encontrado mi propuesta. La rutina es una fuerza poderosa, y si hemos traído a esta asamblea una proposición que acaso pueda parecer arriesgada, es porque reputamos que la experiencia brasileña constituye una prueba concluyente.

El señor Presidente acaba de referir que ha comprobado muchos casos de personas vacunadas que al cabo de cierto tiempo contraían la viruela o daban reacción positiva a la revacunación. Mi observación al respecto es larga ya, y puedo afirmar que en la enorme mayoría de esos casos se trata de personas que han sido vacunadas defectuosamente o a las que se les ha hecho una simple inoculación sin resultado positivo, declarándoselas vacunadas. Por eso yo no acepto como sujetos computables en nuestros estudios y estadísticas, sino a aquellas personas que presentan la cicatriz.

Vuelvo a decir que no me sorprende que no se acepte mi proposición en toda su integridad. Sin embargo, algún éxito ha obtenido ella a través de la proposición del Dr. Paz Soldán, porque yo no he querido traer aquí una proposición de carácter imperativo, sino tan sólo aportar una sugestión acerca de un nuevo modo de enfocar esta cuestión de manera que cada uno pueda pensar, raciocinar y verificar los fundamentos. Y si se me permite, yo haré una pequeña encuesta entre los distintos delegados. Yo les preguntaría si en ellos personalmente la revacunación ha sido positiva.

Dr. SCHIAFFINO. Yo he tenido dos revacunaciones positivas; pero hay que entenderse acerca de lo que se entiende por reacción positiva o negativa.

Dr. ROÇAS. Hay otra cuestión sobre la que quiero llamar la atención. Hay estadísticas alemanas y japonesas citadas como modelo, y que en realidad todas vienen a ser erróneas, pues de acuerdo con los estudios hechos por von Pirquet, las reacciones inmediatas que se presentaban como expresión de positividad, son al contrario expresiones de inmunidad: es un fenómeno de alergia. De tal manera que las estadísticas alemanas que presentan una proporción de revacunaciones positivas que alcanza aproximadamente a 80 o 90 por ciento, reposan en un error fundamental. Idéntico error se observa en las estadísticas japonesas.

Mi propósito es llamar la atención acerca de las revacunaciones que dan reacción inmediata que por lo general se consideran como una modalidad de la positividad, cuando lo cierto es que se trata de una reacción de inmunidad.

Dr. SCHIAFFINO. Yo no creo que tenga la revacunación que seguir la evolución clásica de la primera vacunación. En la segunda y en la tercera vacunación, las etapas se van acortando. Naturalmente que el sujeto inmunizado no puede dar la misma reacción que da un sujeto que no lo esté, de manera que en la revacunación, muy ligeras señales bastan. Yo desearía saber qué resultados han tenido los señores delegados al revacunarse.

Dr. OSCAMOU. Yo me he revacunado dos veces y las dos con la misma reacción.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Sin estar de acuerdo en todo con lo que ha manifestado el Dr. Roças, lo estoy en parte, por la observa-

ción que hice, hace poco tiempo, en una gran vacunación que se realizó en mi país. Las vacunaciones se pueden dividir en tres clases: vacunaciones positivas, negativas y reacciones de inmunidad, que son también negativas, es decir, que el individuo queda perfectamente vacunado.

Dr. ROÇAS. Debo decir que considero un triunfo de la Delegación brasileña, la modificación propuesta por el Dr. Paz Soldán.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero hacer la aclaración de que cuando me he referido a revacunaciones positivas, me he referido a la formación de pústulas, y no a esas reacciones leves, que son muy frecuentes y que yo mismo he enseñado muchas veces que no deben ser consideradas como positivas.

Creo muy interesantes las manifestaciones hechas por el señor Delegado del Brasil, y podemos dar un voto en el sentido de seguir estudiando esta cuestión. Pero dictar una resolución al respecto me parece un poco prematuro. De manera que si el Dr. Roças, muy gentilmente, acepta la modificación propuesta por el Dr. Paz Soldán, podríamos aprobarla.

Se va a leer nuevamente la proposición del Dr. Paz Soldán. (*Se lee.*)

Dr. PAZ SOLDÁN. Se podría ampliar esa proposición, de acuerdo con lo que ha manifestado el Dr. Núñez sobre la necesidad de insistir en el estudio de las revacunaciones.

En mi país, por ejemplo, se vacuna en los distintos villorrios, pero, como hay servicio militar obligatorio, la práctica del ejército impone la revacunación en el momento de ingresar en él. A este respecto, puedo decir, como dato interesante, que siendo yo médico militar—hace seis o siete años—hice revacunaciones que daban reacción positiva en una gran cantidad de casos, y que los que venían borrados, como decimos en español, presentaban también rastros un poco dubitativos.

Llamando la atención de los Gobiernos sobre un asunto que, como decía el Dr. Bejarano, parecía concluído, tal vez el voto se volviera un poco más expresivo recomendando una consagración especial a la estadística de revacunación. De esta manera, los gobiernos y las autoridades sanitarias sabrán que se trata de someter la revacunación a un proceso más ajustado, porque dado el caso de que una sola vacunación fuera suficiente, esta Conferencia habría adquirido un título perenne a la gratitud de nuestros gobiernos, porque los servicios de vacunación son muy pesados y se conseguiría así una enorme economía, y desde ese punto de vista la proposición brasileña la considero extraordinariamente interesante, pero este voto me parece que consulta esa opinión media y prudente que debe ser la nuestra.

El Sr. PRESIDENTE. Si hay asentimiento general, pasará a la Comisión de Votos y Resoluciones. Pero le repito al señor Dele-

gado Dr. Roças que todos hemos escuchado con verdadero interés sus manifestaciones, que consideramos que importan una novedad de gran importancia, y que todos quedamos a la espera de la observación ulterior. (*Asentimiento.*)

Tiene la palabra el señor Delegado, Dr. Roças.

ALASTRIM

Dr. Roças (Brasil). Antes de hablar sobre alastrim, si los señores Delegados me permiten, voy a referirme a encefalitis postvacunal. En cuanto a las consecuencias postvacunales de la vacunación, debo declarar que durante todo el tiempo que vengo dirigiendo el servicio de vacunación del Departamento de Salud Pública de Río de Janeiro, no he tenido oportunidad de constatar un solo caso de encefalitis postvacunal. Se han producido complicaciones de poca importancia, a consecuencia de infecciones secundarias de ningún peligro, cosa por otra parte relativamente frecuente en niños de poco aseo. No tengo noticia de un solo caso de tétano.

Me referiré ahora al Alastrim. Esta enfermedad, que ha aparecido en las zonas interiores de Bahía, Brasil, ha recibido del pueblo el nombre de "Alastrim"—palabra formada del verbo "alastrar," que quiere decir "propagar"—por su gran facilidad de diseminación. Apareció después en el continente africano, donde recibió la denominación de "amaas," y más tarde en el continente europeo. Cuando se propagó en el Brasil, fué estudiada por diversos médicos de mi país, mereciendo destacarse entre ellos a Ribas y Carlos Chagas. Ricardo Jorge relató este asunto en el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones y no llegó a ninguna conclusión en cuanto a esta entidad mórbida, considerada por unos como una modalidad de viruela y por otros como afección autónoma ó independiente. A mí siempre me ha parecido que es una entidad autónoma, y en ese sentido me manifesté en los relatorios anuales presentados al Director General del Departamento Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro. Ultimamente el Instituto Oswaldo Cruz ha venido haciendo una serie de estudios relativos a este punto, y yo aprovecho la oportunidad para transmitir a esta asamblea los resultados de esos estudios, de acuerdo con la nota que me fuera suministrada por Ricardo Chagas al embarcarme hacia esta capital. Dice así la nota:

Estudios pacientes, en vías de publicación, realizados en el Instituto Oswaldo Cruz por C. Magarinos Torres y J. de Castro Teixeira, revelaron diferencias entre las inclusiones celulares del *alastrim* y de la *variola vera*, cuando se estudiaban sobre material humano. (Biopsia de vesículas y de pústulas.)

Las inclusiones citoplasmáticas del *alastrim* son basiófilas y no se coloran por la safranina en los preparados por el método de Unna (safranina-hematoxilina). En cambio las de *variola vera* son ordinariamente acidófilas y muestran una nítida safranofilia en los preparados por el método de Unna.

Las inclusiones intranucleares también difieren en las dos afecciones. El aspecto corpuscular típico en las inclusiones intranucleares de la *variola vera* nunca se observa en el *alastrim*.

Estas verificaciones denuncian propiedades biológicas que caracterizan la diversidad de los dos virus y así fortalecen el argumento noso-epidémico en que se funda la teoría dualista.

Puédese así afirmar que la diversidad de inclusiones citoplasmáticas y nucleares de ambas dolencias, bastan para individualizar el *alastrim* como una entidad autónoma.

El Sr. PRESIDENTE. Están en discusión el interesantísimo trabajo sobre el *alastrim* y las experiencias del Inst. Oswaldo Cruz, que parecen resolver una cuestión que durante años hemos debatido en la Oficina Internacional de Higiene Pública de París y en el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, es decir, la relativa a la dualidad o unidad del *alastrim*.

Si ningún señor Delegado desea hacer alguna otra consideración, podríamos pasar a otro tema.

Tiene la palabra el Dr. Sordelli para ocuparse de la brucelosis.

FIEBRE ONDULANTE

Dr. SORDELLI (Argentina). El hallazgo de la existencia, en ganados nativos, de *Brucella abortus*, capaz de infectar al hombre (D'Alessandro); la observación de casos humanos de infección espontánea en zonas donde no existe o prevalece al ganado caprino (Miravent y Fernández Ithurrat) y la verificación de dos focos de infección caprina por *Br. melitensis* en las provincias de Mendoza y Córdoba (Sordelli, De la Barrera, D'Alessandro, Molinelli é Iñón) formaron el núcleo inicial de los estudios sistemáticos de la brucelosis en la R. Argentina, a partir del año 1930.

Poco tiempo transcurrió antes de que en gran parte del territorio argentino se descubrieran nuevos focos de infección caprina, bovina o suina y de que los médicos tuvieran presente a la fiebre ondulante como nueva entidad mórbida en el país.

En el momento actual puede decirse que en toda la zona comprendida entre la Capital Federal y el límite occidental de las provincias andinas, desde el paralelo 42 hasta la frontera norte del país, existen ganados infectados de *Brucella* y casos autóctonos de fiebre ondulante. Por tanto, prácticamente la infección existe en todo el territorio argentino, a excepción de la región patagónica que se encuentra por debajo de la latitud mencionada, donde no ha sido posible verificar hasta ahora ningún caso, tanto en el hombre como en los animales, los cuales en su gran mayoría pertenecen al ganado ovino.

El número total de casos humanos registrados hasta 1933, su distribución geográfica y variación anual, están consignados en el cuadro I.

CUADRO I.

	1922	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Capital Federal	1	8	48	27
Buenos Aires	1	1	....	5	13	21
Santa Fé	1	....	3	4
Corrientes	1	1
Córdoba	1	....	....	....	2	8	9
San Luis	9	15	12
Santiago del Estero.....	1	1	12
Tucumán	9	?	?
Mendoza	1	82	48	35
San Juan	4	7	2
La Rioja	3	6
Catamarca	22	70	14
Salta	8	?
Jujuy	1
Río Negro	3	3	16
Neuquén	2	3	....
La Pampa	1
Chaco	1	?
Misiones	1
Total	1	1	1	3	147	232	162

Los focos hallados hasta ahora, considerando a cada provincia o territorio como una unidad epidemiológica, son 16, distribuidos de la manera siguiente:

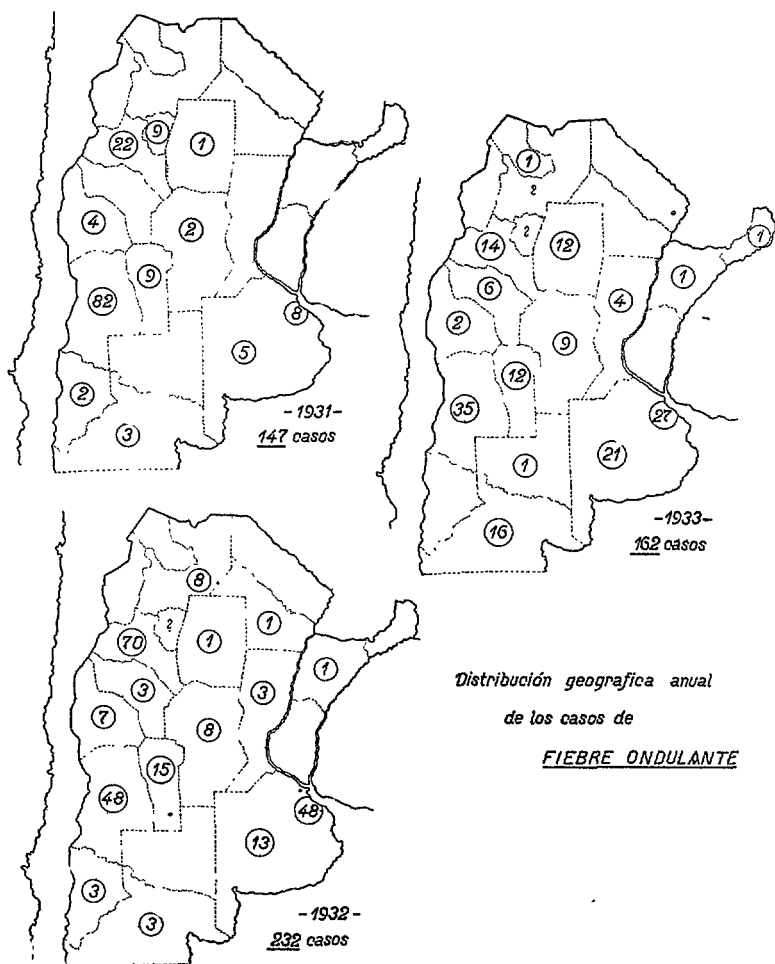
Infeción caprina	Infeción bovina	Infeción suina
Mendoza	Capital Federal	Capital Federal
San Juan	Buenos Aires	Buenos Aires
Catamarca	Santa Fé	Santa Fé
La Rioja	Corrientes	
Salta	Córdoba	
Tucumán	Chaco	
Santiago del Estero	Misiones	
Córdoba	La Pampa	
San Luis	Catamarca	
Río Negro		
Neuquén		

El estudio de las fuentes y vehículos de contagio permite deducir que en las regiones montañosas o áridas, donde abundan las cabras, a veces con exclusión de otros ganados, la brucelosis humana deriva casi totalmente del ganado caprino. En cambio, en la llanura argentina la fuente preponderante de infección son los ganados suino y bovino.

En las ciudades, la infección reconoce hasta ahora el siguiente origen: a) el consumo de leche de vaca o cabra, cuando es ingerida cruda o mal pasteurizada; b) la ingestión de subproductos de la leche (manteca, queso fresco) elaborados con cremas no pasteurizadas; c) contacto directo profesional en los grandes establecimientos dedicados a la faena e industrialización del ganado.

En los medios rurales (zona pampeana, zona ganadera), el contagio del hombre se efectúa principalmente por vía directa en el curso de las tareas profesionales: ordeñe manual de restos de placenta retenidos después del aborto, contacto con excrementos, etc., y accesoriamente por ingestión de leche cruda y sus subproductos.

La edad de los pacientes ha oscilado entre 3 y 76 años, predominando netamente los adultos jóvenes.



*Distribución geográfica anual
de los casos de
FIEBRE ONDULANTE*

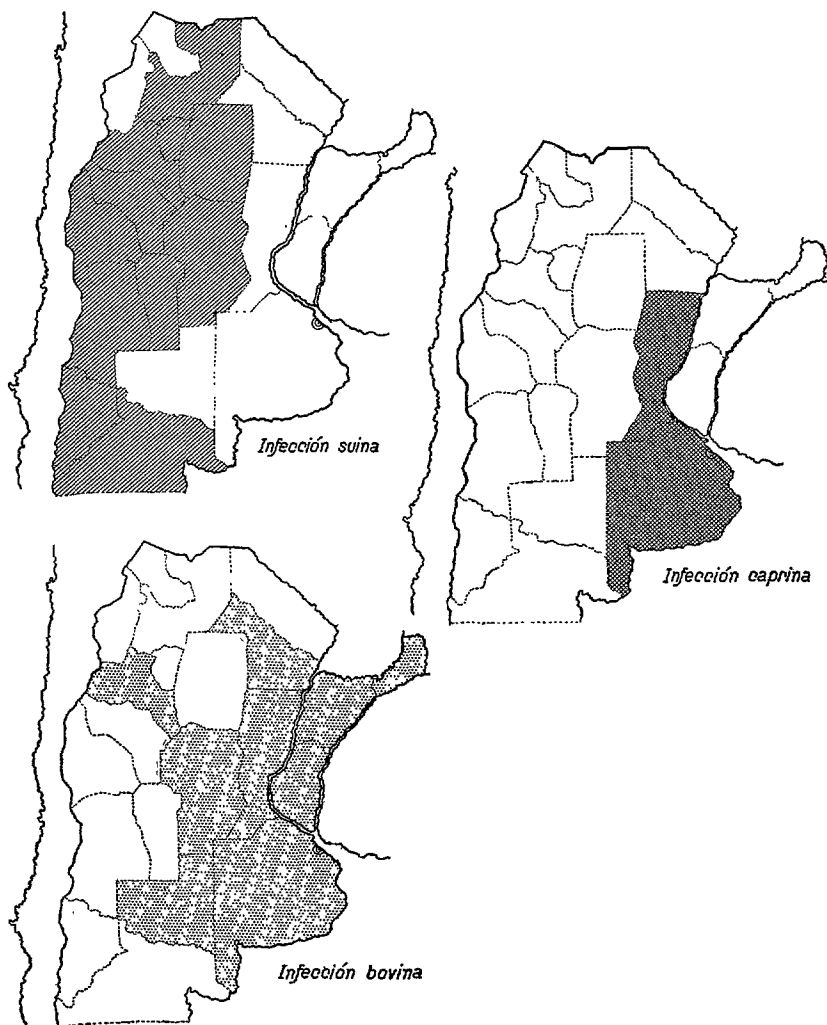
Distribución de la fiebre ondulante en la República Argentina

En los centros urbanos la proporción de casos humanos de brucelosis es sensiblemente igual en ambos sexos, siempre que se exceptúen los casos de infección profesional por contacto directo en los frigoríficos y mataderos. En estos establecimientos de faena y en los ambientes rurales los enfermos pertenecen casi exclusivamente al sexo masculino, en razón del mayor número de varones expuestos al contagio.

La brucelosis autóctona evoluciona habitualmente con las características de una enfermedad sub-aguda. Los síntomas más constantes son: fiebre, astenia y decaimiento progresivos, sudores profusos, estado saburral de las vías digestivas acompañado de hepato

y esplenomegalia, trastornos articulares y nerviosos. Se han descrito formas atenuadas (ambulatorias y leves) y formas malignas (ataxo-adinámicas y hemorrágicas).

En el parte del territorio argentino donde los casos se deben a *Br. melitensis* la enfermedad es más grave y arroja una mayor mortalidad (alrededor del 10%), el promedio de duración e incapa-



Distribución de las distintas formas de la brucelosis en la República Argentina

citación para el trabajo es más prolongado (6 a 8 meses), la fiebre adquiere casi uniformemente el tipo ondulatorio y son mayores los síntomas a cargo del sistema nervioso y articular así como también de las vainas tendinosas.

En el litoral del país, donde la enfermedad es ocasionada por *Br. suis* y *Br. abortus*, los casos son comparativamente menos graves, tanto por la escasa mortalidad que arrojan (2%) como por su más reducida duración (promedio 3 a 4 meses). Desde el punto de vista clínico, la principal diferencia se marca en el dibujo de la curva térmica, pues a menudo muestra un brote febril único durante el cual las oscilaciones diarias se parecen a las de un cuadro septicémico.

Muy difícilmente el diagnóstico correcto es establecido durante los primeros días o semanas de enfermedad; en la mayoría de los casos el error de diagnóstico es de regla; habitualmente se confunde con gripe, fiebre tifoidea o infecciones entéricas, reumatismo o tuberculosis. En determinadas ocasiones el diagnóstico exacto es establecido por el técnico de laboratorio, por haberse recurrido a la investigación sistemática de brucelosis en los pacientes con Widal negativa.

Los internistas que se han ocupado del estudio de la brucelosis autóctona han confirmado la ausencia de un signo clínico de valor patognomónico. Esta situación impone recurrir a las pruebas biológicas en todos los casos en que se sospeche esta infección.

En primer término, debe intentarse el aislamiento del germen agente. Entre nosotros, se ha tenido éxito en las tentativas de cultivar *Br.* de la sangre, leche, orina, heces y en los líquidos extraídos por punción articular o pleural. El aislamiento de *Br. melitensis* y *Br. suis* ha resultado fácil en la práctica. No acontece lo mismo cuando se trata de *Br. abortus*, pues los resultados positivos obtenidos no han pasado, por lo general, del 50% de los casos investigados, aún cuando se cuidaba satisfacer los requisitos culturales (medios nutritivos y tensión de CO_2) que según la literatura del tema son indispensables para conseguir su aislamiento primario.

En la investigación de seroaglutininas específicas es especialmente recomendable la técnica macroscópica rápida de Huddleson y Abell, y dados los resultados alcanzados en nuestro país nos permitimos sugerir aquí la conveniencia de que se generalice cada vez más su empleo, pues aparte la absoluta especificidad que la caracteriza, reúne ventajas esenciales de facilidad, rapidez e inocuidad. Cuando se usa la técnica rápida de Wright, deben seleccionarse previamente las cepas utilizadas, para desechar aquellas alteradas por el fenómeno de disociación bacteriana y evitar cuidadosamente el uso de las impropriamente designadas cepas "Para." Por regla general las seroaglutininas específicas aparecen desde los primeros días de la enfermedad, su título se eleva con la persistencia de la fiebre y declina en la convalecencia. Comúnmente perduran en la sangre varios meses después de la curación, a menudo hasta 1 año y aún más. En algunos casos se ha observado que la fiebre ondulante transcurría sin determinar la producción de aglutininas espe-

cíficas, mas en una parte de ellos se pudo verificar luego que los anticuerpos aglutinantes se presentaron al final de la enfermedad o pocos meses después de la aparente curación clínica.

La reacción de fijación del complemento ha dado resultado positivo en un reducido número de enfermos en que se utilizó.

Para la determinación de la alergia cutánea se han ensayado en nuestro medio la técnica de Burnet y la de Giordano. Aunque ambas pruebas son específicas y presentan valiosa ayuda para el diagnóstico, ocurre que en determinados pacientes sólo son positivas muy tardíamente, hacia el final de la enfermedad. De acuerdo con nuestra experiencia la dosis óptima es de 0.2 cc. de melitina según Burnet o igual dosis de una suspensión de *Brucella* en agua salada, conteniendo 200 millones de microorganismo por cc. Usando suspensiones más concentradas puede provocarse un esfacelo local, más o menos extendido, especialmente en sujetos hipersensibles; o bien, obtenerse falsas reacciones positivas. Aún utilizando la concentración bacterica indicada no siempre se evita un pequeño esfacelo.

La clasificación de las cepas humanas de *Brucella* mediante el empleo de las llamadas técnicas de Huddleson (acción inhibitoria sobre el crecimiento de determinadas substancias colorantes y producción de hidrógeno sulfurado), la prueba de la absorción de aglutininas y la fermentación de los azúcares, han permitido confirmar los mencionados hallazgos epidemiológicos verificados en la Argentina, pues también con dichas técnicas se ha podido establecer que en la zona andina y meridional los casos de fiebre ondulante se deben a *Br. melitensis*, mientras que en la zona litoral sólo son imputables a *Br. suis* y *Br. abortus*. Existen pocas contradicciones entre el diagnóstico bacteriológico y el fundado en la constitución antigénica.

La brucelosis profesional ha sido investigada en diversos ambientes urbanos y rurales, habiéndose verificado los mismos hechos comprobados en otros países, es decir, que las personas sin contacto obligado con materiales infectados carecen de anticuerpos específicos mientras que entre los individuos en contacto con ganados o productos infectados (técnicos de laboratorio, médicos-veterinarios, personal de frigoríficos y mataderos, hacendados, cabreros, tamberos, lecheros, carniceros, y porquerizos) hay una proporción variable que revela el síndrome biológico específico.

La proporción de individuos infectados guarda relación con el oficio ejercido, el ambiente de trabajo y la clase de material infectante manipulado. Al levantar los índices de infección profesional conviene establecer además la intensidad de infección en cada medio para poder apreciar la influencia de la inmunidad en la proporción de sujetos con seroaglutininas, que invariablemente significan la existencia de una infección de *Brucella*.

Entre los individuos con infección profesional hay quienes presentan el cuadro mórbido de la fiebre ondulante, pero los más padecen su infección de modo inaparente o sólo presentan síntomas subclínicos.

En la R. Argentina se han registrado 4 casos de infección de laboratorio, en el corto lapso de 3 años, no obstante el número reducido de investigadores que trabajan con el microorganismo. Dos técnicos se infectaron con *Br. abortus*, uno con *Br. suis* y el restante probablemente con *Br. melitensis*. Verosímilmente, 3 de estos casos se infectaron mientras manipulaban cavias inoculados; en uno de ellos hay índices suficientes para aceptar que la probable vía de infección fué la mucosa ocular o respiratoria.

En las ciudades de Buenos Aires, Avellaneda y La Plata, aproximadamente el 90% de los casos de fiebre ondulante se originan en los grandes establecimientos dedicados a la faena e industrialización del ganado.

En la dilatada zona del territorio argentino donde se registran casos autóctonos de fiebre ondulante se encuentran diversas especies de animales domésticos infectados de *Brucella*, pero los trabajos tendientes a determinar los límites e intensidad de la infección son por ahora fragmentarios.

En el ganado caprino, suino y bovino, se han aislado las distintas cepas de *Brucella*. La existencia de seroaglutininas específicas en alguna oveja, perro, llama, yegua y burro, fué revelada sólo ocasionalmente.

Entre los animales silvestres se ha encontrado infectado el *Cavia pamparum* (Pallas), roedor que abunda en la zona pampeana; el agente infectante tiene características de *Br. melitensis*.

La infección en el ganado caprino fué determinada en la provincia de Mendoza por el aislamiento de *Br. melitensis* de la leche; en las provincias de San Juan, San Luis, Catamarca, La Rioja, Córdoba y Santiago del Estero, por la existencia de animales con sero y lacto-aglutininas y en las gobernaciones de Río Negro y Neuquén por la infección del hombre. La existencia de aborto en las cabras, con carácter epizootico, es un hecho bien averiguado en distintas zonas, pero no guarda relación con la existencia de aglutininas específicas. En general, los títulos aglutinantes son bajos. Existen algunas zonas indemnes, reveladas por la ausencia de título aglutinante.

En el ganado bovino, la infección está difundida entre las hembras, especialmente vacas de tambo; en los animales machos el índice bruceloso es bajo y resulta prácticamente despreciable en los novillos sacrificados para el consumo local o la exportación (solo 3% con título máximo de 1:50). Los focos determinados hasta ahora son: Capital Federal, provincias de Buenos Aires, Santa Fé, Entre Rios, Corrientes, Córdoba, Chaco, Formosa, Salta, Tucumán,

Catamarca, Mendoza y las gobernaciones de la Pampa y Neuquén.

El aborto epizoótico de las vacas se ha señalado en distintas zonas del país, está vinculado a la infección de *Brucella* y guarda relación con la existencia de título aglutinante. De la leche se ha conseguido aislar cepas de *Br. abortus* en lamayoría de los casos y, ocasionalmente, cepas de *Br. suis*.

En el ganado suino se ha comprobado gran número de animales infectados en las provincias del litoral. Faltan datos respecto a la epizootiología. Las cepas aisladas corresponden casi siempre a *Br. suis* y, ocasionalmente, a *Br. abortus*.

En el año 1931, después que fuera demostrada la creciente importancia del problema en el país, la brucelosis fué incluida en la Ley de Policía Sanitaria.

La profilaxis del ganado, en la Argentina, se reduce al empleo de vacuna no verificada por el Estado.

Después que la comisión destacada por el Departamento Nacional de Higiene a la provincia de Mendoza evidenciara en enero de 1931 el primer foco importante de infección caprina y humana por *Br. melitensis*, los estudios se prosiguieron en el Instituto Bacteriológico con sostenido interés.

Los sucesivos hallazgos se comunicaron a las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales, vinculadas al problema. Al mismo tiempo se sugirió la creación de una comisión permanente para el estudio de la enfermedad; se inició el levantamiento del índice de infección de las cabras y la delimitación de las zonas infectadas; se propició una reunión con delegados del Ministerio de Agricultura y se estudió el índice bruceloso de las especies domésticas sacrificadas para el consumo local. También se facilitó el diagnóstico de las infecciones humanas solicitando el envío, al Instituto Bacteriológico, de muestras de sangre de pacientes sospechados de fiebre tifoidea, paludismo, etc., en los que era imposible obtener la confirmación bacteriológica y de otros enfermos febriles que registraban antecedentes de contacto profesional con ganado vivo o faenado o el de consumir ciertos productos lácteos. Estos llamados a los médicos eran reproducidos periódicamente en las principales revistas médicas del país.

En los Congresos de medicina, en las sociedades científicas y mediante publicaciones periódicas en las revistas especializadas, se difundió entre el cuerpo médico el conocimiento de la distribución geográfica, de sus características clínicas así como el de la frecuencia de la infección profesional y de las probables fuentes y vehículos de contagio de la fiebre ondulante autóctona.

En el interior del país se concentraron en determinados laboratorios los pedidos de reacción de Widal, con el propósito de practicar por rutina la investigación de brucelosis en todos los sueros Widal-negativos; ésta práctica se extendió ocasionalmente a las

muestras de sangre remitidas para Wassermann. Procediendo en la forma antedicha se consiguió diagnosticar casos de fiebre ondulante no sospechados por los médicos prácticos y se familiarizó a esos colegas con el cuadro clínico de la dolencia.

Con el propósito de obtener cierta información respecto de cada caso humano registrado la dirección del Instituto Bacteriológico remite al médico práctico una ficha estadística con un cuestionario de los principales datos epidemiológicos y clínicos.

Por último, se prestó colaboración a los estudiosos que se ocuparon del mismo tema en distintos puntos del territorio argentino.

La "Comisión Nacional para el estudio de la Fiebre Ondulante," designada por el Superior Gobierno, se constituyó en septiembre 1931 y funcionó hasta febrero 1932. Continuó las directivas trazadas hasta entonces; dió cuenta de los hallazgos realizados en nuestro país y solicitó la cooperación de médicos, médicos-veterinarios y técnicos de laboratorio para sus propósitos. Propuso a las autoridades nacionales:

a) la declaración obligatoria de la enfermedad; b) su inclusión en la Ley 9688, de Accidentes del Trabajo; c) la pasteurización obligatoria de la crema, tanto para consumo directo como para elaborar la manteca.

Departamento Nacional de Higiene

A. B.

**INSTITUTO
BACTERIOLÓGICO**

Ficha N.º.....
Año 193..... Provincia:.....
Doctor.....
Domicilio:.....

Fecha.....
Nombre del enfermo..... Edad.....
Nacionalidad:..... Procedencia:.....
Antecedentes del contagio. *Está cuidando cabras, vacas, cerdos, etc.?*.....
Donde?..... Profesión.....

Ingiere leche cruda de vaca o cabra?.....
" queso fresco de cabra?.....
" legumbres crudas?.....

Fuente probable de contagio: *Ha tenido contacto con personas enfermas?.....*
Contacto mediato con productos sospechosos?....

Diagnósticos sospechados por la familia u otros colegas: (*Gripe, infección intestinal, tifoidea, tuberculosis, meningitis, reumatismo poliarticular, paludismo, endocarditis lenta, absceso, septicemia.*)

Síntomas del comienzo

Período de estado

<i>Fiebre..... (comienzo brusco o lento)</i>	<i>Oscila entre.....y.....grados</i>
<i>Fecha de comienzo.....</i>	<i>Axilar o rectal?.....</i>
<i>Decaimiento general.....</i>	.....
<i>Cefaleas.....</i>	.....
<i>Inapetencia.....</i>	.....
<i>Náuseas.....</i>	.....
<i>Vómitos.....</i>	.....
<i>Constipación.....</i>	.....
<i>Diarrea.....</i>	.....
<i>Epistaxis.....</i>	.....
<i>Hemorragias..... Aparato.....</i>	<i>Región.....</i>
<i>Tos.....</i>	.....
<i>Expectoración.....</i>	.....
<i>Dolores musculares..... Región.....</i>	<i>Región.....</i>
<i>Dolores óseos..... Región.....</i>	<i>Región.....</i>
<i>Neuralgias..... Región.....</i>	<i>Región.....</i>
<i>Tiroiditis.....</i>	.....
<i>Orquitis (lado).....</i>	.....

d) Incorporar la brucelosis humana y del ganado en la lista de enfermedades cuya denuncia es obligatoria;

e) Incluir la Fiebre Ondulante en la Ley de Accidentes del Trabajo (enfermedad profesional).

f) Difundir en los medios urbanos el conocimiento de la peligrosidad del consumo de ciertos productos de granja así como de los riesgos de infección durante las tareas de faena en los establecimientos dedicados a la matanza de animales para el consumo, educar acerca de la forma de prevenirse;

g) Poner en conocimiento de los ganaderos, tamberos, cabreros y granjeros, la importancia económica de la infección de *Brucella* en sus haciendas y del peligro que entraña para su propia y ajena salud.

h) Sugerir la conveniencia de establecer la naturaleza de las especies de *Brucella* infectantes de los ganados nativos, a los efectos de impedir la posible intercontaminación de los mismos, especialmente de los que son eliminadores del microorganismo, como las vacas, las cuales en condiciones favorables podrían contaminarse con cepas de *Br. melitensis* y *Br. suis*, de demostrado mayor poder patógeno para el género humano que *Br. abortus*;

i) Concertar mediante un plan uniforme de trabajo los esfuerzos federales, provinciales o estatales y municipales con el fin de erradicar la infección del ganado;

j) Propender al estudio de los métodos de profilaxis de la infección del ganado como base de la profilaxis integral;

k) Impedir el comercio de vacunas de gérmenes vivos sin la supervisión previa del Estado. Considerar la conveniencia de prohibir con fines profilácticos el uso de tales vacunas en zonas indemnes.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). Voy a molestar un poco la atención de la Asamblea, en primer término para felicitar al Dr. Sordelli por la completa exposición que ha hecho en su trabajo sobre la fiebre ondulante, conocida hace poco en mi país. Es el del Dr. Sordelli un trabajo completo desde el punto de vista bacteriológico, clínico, profiláctico y aún social, y pido que se dé un voto de aplauso para la escuela argentina, que comprenda no solo al Dr. Sordelli, sino también a la Sociedad de Patología Regional del Norte, que se ha ocupado también de este asunto tan interesante.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Como contribución a este tema que nos ha dado la oportunidad de conocer un trabajo tan brillante como el del Dr. Sordelli, yo me voy a limitar a la presentación de un trabajo realizado por los Dres. Hormaeche y Lockhart sobre la brucelosis en el Uruguay.

El trabajo titulado "Algunos estudios sobre las Brucelosis en el Uruguay," es entregado después a Secretaría.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Voy a ser muy breve. El Perú es un país de brucelas. La brucelosis es conocida por los técnicos peruanos desde mucho tiempo atrás, y voy a informar a la asamblea quien fué el descubridor del primer caso de brucelas en el Perú y en América. Fué Alberto Barton, el descubridor de la verruga peruana, de la fiebre de malta en el Perú y de la bartonella que no es más que una parienta pobre de las rickettsias, pero parienta al fin.

Hace 20 años, pues, que en el Perú se conoce la brucela, y hace ocho años que tuve la ocasión de ser comisionado por el Gobierno del Perú para hacer un estudio de las condiciones en que se desenvuelve la epidemia entre nosotros, y descubrimos con verdadero

pavor que el ganado caprino de preferencia es el que está profundamente infestado.

No es pertinente que yo distraiga más la atención de la asamblea en lo que respecta al Perú, porque sobre ese particular hay muchas publicaciones. He querido simplemente recordar el nombre de Barton, quien fué el primero en hacer en América un diagnóstico de fiebre de malta, que tal era el nombre de entonces para la brucelosis. Por eso, presto mi adhesión a la proposición de la Delegación uruguaya, pero la amplío en el sentido, señor Presidente, de que se recomiende a los Gobiernos de América el estudio cuidadoso de la brucelosis, a efectos de que en la próxima reunión de directores de sanidad, o en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, se puedan presentar trabajos tan brillantes como el que nos ha traído el Dr. Sordelli, cuya competencia, dedicación y aún experiencia lo tornan en una de las autoridades de mayor fuste en lo que respecta a la brucelosis americana.

La otra noche tuve ocasión, en Valparaíso, de escuchar a los colegas chilenos sobre el temor que les infundían ciertos casos. Les advertí que era indispensable que adoptaran las más drásticas medidas, porque una vez que la brucelosis se adueña de una comarca, se tropieza, como nosotros, con un sinnúmero de intereses y egoísmos, lo que entraña un doble peligro, para el hombre y para la riqueza agropecuaria. Y desde este punto de vista, no estaría de más que en esa nota se recomiende—ya que es cuestión de redacción—que no sólo tiene un interés humano sino también económico, y un interés para la prosperidad agropecuaria de los países de América. Este idioma lo entiende todo el mundo.

Dr. HOUSSAY (Argentina). Pido la palabra, para rendir un acto de justicia. Deseo hacer constar, con referencia al voto del Dr. González, que el mérito de haberse investigado sistemáticamente la brucelosis en el país y de haberse difundido su conocimiento, lo que ha permitido que los médicos puedan diagnosticarla, pertenece exclusivamente al Dr. Sordelli, y, naturalmente, a las autoridades sanitarias que lo han acompañado. Ha habido muchísimos otros colaboradores en el país, cuya nómina exacta sería largo establecer y, al mismo tiempo, difícil, porque algunos que han investigado el tema han incurrido en errores, lo que ha provocado más bien confusiones. De manera que, como digo, ese mérito corresponde exclusivamente al Dr. Sordelli.

Dr. SORDELLI. He oído con mucha emoción lo que acaban de manifestar mis colegas, movidos, seguramente, por un acto de amistad hacia mí; pero la verdad es ésta: si se ha comenzado a investigar la brucelosis, no he sido el primero; ha habido otros antes. Es verdad que he puesto mucho empeño, pero es obra exclusiva de la gente que trabaja en el Instituto Bacteriológico, con el auxilio del Departamento de Higiene y de algunas otras personas

que han comprendido la importancia del problema y abnegadamente han trabajado en él. Voy a terminar pidiendo que se modifique el voto propuesto.

El Sr. PRESIDENTE. Deseo confirmar lo que ha manifestado el Dr. Houssay. Siendo Presidente del Departamento Nacional de Higiene, recibí la visita del Dr. Sordelli, que estaba interesado en estudiar la cuestión, quien me demostró los temores que tenía de que la enfermedad se desarrollara en las provincias de Cuyo, y me pidió que le facilitara los medios necesarios para hacer una investigación.

En verdad, aunque haya habido colaboradores, el mérito de esta investigación, hecha con una inteligencia, con un celo y eficacia realmente fuera de todo encomio, le pertenece al Dr. Sordelli, quien, por modestia, no lo acepta. Creo, pues, que el voto podría hacerse extensivo a sus colaboradores del Instituto Bacteriológico y del Departamento de Higiene.

Dr. PAZ SOLDÁN. Aunque en manera alguna me opongo a ese voto, y sin negar que en la Argentina se ha abierto los ojos en lo que respecta a esta enfermedad, creo que al sancionarlo la Conferencia pisaría un terreno peligroso. Propondría más bien un voto impersonal. Soy el primero en reconocer los méritos del Dr. Sordelli, y en un congreso científico sería el iniciador del homenaje; pero, tratándose de este problema—tenemos el caso de Barton, a que me he referido, que hizo el primer diagnóstico—y el carácter de esta Conferencia, y creo que el Dr. Sordelli estará de acuerdo conmigo, juzgo más prudente declarar la simpatía y el aplauso de la Conferencia a cuantos, investigando la brucelosis, han abierto un nuevo campo a la higiene internacional americana.

El Sr. PRESIDENTE. Estoy seguro de que el Dr. Sordelli desea que no se personalice el voto, de manera que podemos aceptarlo en la forma propuesta por el Dr. Paz Soldán.

Dr. HOUSSAY. Quiero aclarar que no he querido hacer un voto de carácter personal, porque estoy de acuerdo en que no corresponde si no por excepción. Solamente he deseado dejar constancia de ese hecho, para informar a los señores Delegados, a quienes interesaba conocer el asunto con toda precisión.

Dr. SCHIAFFINO. La proposición que yo había presentado, era en el sentido de que la Conferencia, que está formada por todos los países, diera un voto de aplauso a los trabajos de la escuela argentina que se acaban de leer. No creo, pues, que haya necesidad de modificarlo.

Dr. VACCAREZZA (Argentina). De la comunicación del Dr. Sordelli, emerge la importancia grande que el problema de la brucelosis reviste para nuestro país, como lo reviste también en igual o superior grado en muchos otros países, especialmente ganaderos,

no sólo de América, como Estados Unidos, sino también de todo el mundo.

El Dr. Sordelli ha expuesto también en forma sintética y gráfica las dificultades de orden práctico que existen para poder desarrollar una profilaxis integral que comprenda la profilaxis humana y la profilaxis de la brucelosis animal. Desde este punto de vista, los investigadores higienistas, médicos y veterinarios, de diferentes partes del mundo, que han estudiado el tema, han aconsejado distintos métodos, de aplicación difícil, de resultados aleatorios, y, por lo mismo, el problema subsiste.

De manera que, apoyando la indicación del señor Delegado de Perú, Dr. Paz Soldán, propongo lo siguiente: que la cuestión de la brucelosis figure dentro de los primeros temas de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y que se declare, en favor de la profilaxis contra el contagio accidental, la necesidad de la pasteurización de la leche y de los subproductos, y con respecto a la profilaxis contra el contagio profesional, además de las medidas propias o especiales para cada medio, que se instituya la vacunación preventiva polivalente, con cepas regionales, a efecto de ver si los resultados que han relatado últimamente algunos autores europeos, como Dubois y Sollier, son confirmados en nuestro continente. Este es un tema discutible y hay que estudiarlo para ver qué resultados da.

Dr. SUÁREZ (Chile). Estoy totalmente de acuerdo con las indicaciones de los señores Delegados del Perú y Argentina. Creo que la brucelosis es un tema de enorme importancia para todos nosotros. Nuestro país se creía indemne de la brucelosis, pero no lo está. A raíz del hallazgo efectuado por el Instituto que dirige el Prof. Sordelli, de focos de infección caprinos en la provincia de Mendoza, se hizo a su indicación, hecha telegráficamente, una amplia investigación en los cajones de la Cordillera, sin haber encontrado en las manadas de cabras ningún caso de brucelosis. Se investigó en Santiago con minuciosidad, encontrándose unos cuantos casos de infección profesional. Hubo un caso de contagio de laboratorio. Con posterioridad se ha seguido buscando en la región norte lindante a Catamarca y la Rioja y no se encontró ningún caso. Pero este año, revisando las manadas que están parte del tiempo en la Argentina y parte en Chile, se han encontrado casos positivos en la cordillera, correspondientes al valle de Uspallata y de Aconcagua; de manera que el censo de infección, efectuado con prolijidad, es uno de los puntos más completos para sanidad internacional en el sentido de estudiar a fondo la brucelosis.

Dr. COUTTS (Chile). Después de haber oído la lectura del brillante trabajo del Prof. Sordelli, me permito proponer a la Conferencia que se acepten las conclusiones a que ha llegado en su trabajo como conclusiones de la Conferencia, enviándose a la Comisión de

Redacción para que ésta las agregue a todas las que debe presentar como conclusiones definitivas.

Dres. RAMOS (Cuba) y PAZ SOLDÁN (Perú). Apoyamos esa moción.

Dr. BEJARANO (Colombia). La Delegación de Colombia adhiérese entusiastamente a la moción presentada por el Dr. Schiaffino, de casi gratitud a la escuela argentina, por los estudios hechos sobre la brucelosis, y acoge también con verdadera emoción el nombre de Barton como digno de señalarse en estos estudios, según lo ha expresado el distinguido Delegado Dr. Paz Soldán.

A propósito de la brucelosis, que ya ha comenzado a estudiarse en Colombia, sobre todo por veterinarios, quiero hacer algunas sugerencias que me parecen sumamente interesantes, máxime que ellas concuerdan con el punto de vista expuesto ya por mi distinguido colega el Dr. Vaccarezza.

En primer lugar, debo decir que la brucelosis no se conocía en los ganados criollos de Colombia y que es cierto que fué importada por las razas europeas. La parte norte de Colombia, que está sobre el altiplano, goza de una enorme feracidad y tiene condiciones admirables para el desarrollo de pastos semejantes a los que se ven en las regiones más feraces de Europa. Se importaron por razones climatéricas razas europeas de primera calidad, y sólo a partir de entonces se comenzó a conocer la brucelosis. Aun no tenemos estudios realmente definitivos sobre esta afección. De ahí que no podamos llegar a ninguna conclusión.

Pero hay un punto extremadamente importante, sobre el cual tiene que detenerse la IX Conferencia Sanitaria Panamericana: es el relativo a la higiene de la leche, problema que está íntimamente vinculado al de la lucha contra la mortalidad infantil. Es sabido que una de las prácticas estrictamente americanas en el consumo de la leche, es la clasificación de la leche certificada. En Colombia y muy particularmente en Bogotá, se extendió la aceptación por parte de las autoridades sanitarias del consumo de las leches certificadas. Inútil es decir las ventajas que la escuela americana ha atribuído a la leche certificada. Pero hace alrededor de un año las autoridades sanitarias americanas se inquietaron ante el hecho de que personal empleado en manipulaciones de leche certificada apareció contaminado de brucella. Desde esa fecha hasta hoy se ha venido haciendo una especie de rectificación de los principios tenidos por la escuela americana en cuanto a los peligros que puede ofrecer la leche certificada, aunque subsisten las inmensas ventajas desde el punto de vista alimenticio.

Me permito sugerir a la Conferencia si no sería conveniente que la maravillosa síntesis hecha por el Prof. Sordelli pasara a una subcomisión que contemplara la necesidad de estudiar lo relativo a leche certificada, especialmente como alimento para los niños.

Segunda sugestión. En primer término, si debemos nosotros aceptar fórmulas en lo que respecta a la importación de los ganados extranjeros, es decir, qué condiciones y qué requisitos deben tener ellos respecto a la tuberculosis y brucelosis, lo que, aun cuando ello debe ser una cuestión perteneciente a cada país, estrictamente nacional, si debería haber un acuerdo respecto a la sanidad de los ganados que se exporten por un país, en lo cual va comprometido naturalmente el renombre de ese país en la buena calidad de sus ganados; en segundo lugar, en cuanto a la defensa contra enfermedades que se extienden al hombre.

Estas dos sugestiones que me permito hacer a la Conferencia, podrían ser estudiadas por una subcomisión, la que podría presentar despacho antes de terminar esta Conferencia.

No debemos perder de vista que la brucelosis interesa desde el punto de vista social y económico. A mi país, por ejemplo, le interesa en forma extraordinaria por ser inmensamente ganadero, aunque no en la proporción de la Argentina. Espero que ha de llegar a serlo en el transcurso de los años. Es de imaginarse lo que puede significar la existencia de un flagelo que diezme al ganado en tan enorme cantidad. Desearía oír la autorizada opinión de la Delegación de los Estados Unidos sobre esta sugestión que hago, como igualmente sobre la oportunidad de aconsejar o no el consumo de la leche certificada, pues pienso que ella, a pesar de todos los requisitos entraña un peligro para la salubridad y especialmente para la salud del niño.

Dr. SUSSINI (Argentina). Considero indispensable disipar un equívoco posible y por eso quiero hacer una declaración.

Indudablemente que la brucelosis desarrollada origina consecuencias tan graves que hasta puede afectar seriamente las fuerzas económicas del país en que ella exista. Pero es necesario destruir todo equívoco posible. La brucelosis es una pandemia, digamos así, que tanto afecta a la Argentina, como a los grandes países criadores del mundo, como Inglaterra, Italia, Dinamarca, Holanda, etc. Es una enfermedad muy difundida y no una plaga que solamente existe en la Argentina. No es, pues, justo que en una Conferencia tan prestigiosa como ésta se hagan declaraciones que pueden perjudicar a la Argentina, ya que muchos señores Delegados podrían regresar sugestionados de lo que se dice y llevar una impresión equivocada.

Esto es de capital importancia, a mi juicio, y sin entrar a preocuparnos por lo que ocurre en el mundo, creo que debemos cuidarnos de lo que a nosotros nos atañe.

Por otra parte, éste no es un capítulo nuevo en la propaganda sanitaria que está ligada con el ganado en general, y no se puede pretender que sea exacta la tesis de que eso es una cosa de nuestros países solamente. De algún lado habrá venido a la Argentina. Está demostrado, además, que en los países de más alta cultura,

donde la higiene es una realidad integral, la brucelosis ataca fuertemente. Podríamos citar muchos países que tienen 30, 40 o más millones de habitantes, en los que un 70% de su ganado está atacado, y se han registrado 400 o 500 casos de brucelosis y eso no ha sido motivo de alarma. Yo quería decir esto, en primer término, para evitar cualquier posible equívoco.

El Sr. PRESIDENTE. Esta cuestión de la brucelosis propongo que la pasemos a una subcomisión, a fin de que nos presente sus conclusiones, porque me parece que de otra manera el debate que se va a provocar será muy extenso.

Dr. SUSSINI. Es una cosa tan sencilla que no hay por qué discutirla in extenso. Se ha presentado un trabajo que ha sido muy bien recibido y se han pronunciado votos en el sentido de que se tenga muy presente la brucelosis. Hay un voto con proyecciones eminentemente sanitarias, que puede ser motivo de discusión, pero no podemos resolver el problema de la brucelosis como materia de posible influencia en la legislación general, porque eso está fuera del alcance de esta Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. Me permito hacer notar que ha habido, con motivo de este asunto distintos votos tales como el de la Delegación del Perú, el del Dr. Vaccarezza, por el que se piden medidas especiales de sanidad; y la proposición del Dr. Bejarano, que deben, a mi juicio, mandarse a una subcomisión.

Dr. SUÁREZ. Yo quiero corroborar también lo que dice el Dr. Sussini. El Dr. Grossi me comunica en este momento que, de acuerdo con los trabajos que se estaban haciendo, en Valparaíso, etc., de resultados ignorados, un 12% de gente estaba infectada de brucelosis. No cabe ninguna explicación de esta infección, pues no se sabe de dónde: debe ser autóctona.

Dr. BEJARANO. Deseo hacer una aclaración pública al Dr. Sussini. Lejos de mí cualquier *arrière-pensée* en este asunto, tanto más que yo ignoro completamente si Colombia importa ganado de la Argentina. No he expresado, ni mucho menos, el deseo remoto de poner un límite para un acercamiento entre los dos países. Por el contrario ojalá tuviéramos ese vínculo con la Argentina, e intensificándose nuestras relaciones comerciales, se consiguiera un mayor beneficio para la ganadería.

Yo quiero hacer esta pública manifestación al Dr. Sussini, cuyo tono me ha parecido un tanto discordante con el que se ha empleado en estas deliberaciones científicas, a las que yo he venido a aportar mis entusiasmos por la acción panamericana, y a expresar claramente los puntos de vista con respecto a los problemas que se plantean.

No es su aspecto comercial el que me interesa, sino que pongo en él mi corazón de higienista; no he venido aquí a representar a los ganaderos de mi país ni tampoco a individuos que tienen determi-

nado criterio con respecto a estas cuestiones. Estoy representando a mi país, que es joven, y estoy colaborando para que se les prevenga a todos de aquellas enfermedades que pudieran perjudicarlos, pero nada más.

Le doy esta explicación pública al Dr. Sussini, porque no he querido en lo más mínimo, ni remotamente—y hablo a pleno corazón—mortificar aquí a nadie. Mis reflexiones no podían dirigirse, ni mucho menos, a la Argentina y he comenzado por tributarle un homenaje sentido a la escuela argentina, que es para nosotros una gran escuela y que marca por sí misma derroteros en el orden científico.

Dr. SUSSINI (Argentina). El señor Delegado por Colombia, Dr. Bejarano, no puede creer que mis palabras hayan podido tener una intención distinta. Solamente he querido hacer una aclaración después de las interesantes palabras y conceptos vertidos por los señores Delegados, entre los que, sin embargo, no se decía cuál era la extensión que tenía en el mundo la brucelosis. Yo me he creído en el deber de decir lo que pasaba a este respecto. En el calor de la improvisación, el tono que he empleado puede haberle chocado al señor Delegado por Colombia, a quien pido disculpas si él ha podido creer que he tenido una intención distinta de la que expreso.

El Sr. PRESIDENTE. Como hay varias proposiciones, señores Delegados, yo insisto en la indicación que formulara con anterioridad, es decir, que se nombre una subcomisión compuesta por los doctores Paz Soldán, Bejarano, Schiaffino, Vaccarezza y Sordelli, a fin de que nos traigan las conclusiones referentes a esta cuestión.

Dr. BEJARANO. Yo pediría que esa comisión fuera integrada también por el Dr. Sussini. Me complacería personalmente esa designación.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Yo ruego al Dr. Sussini que acepte formar parte de esa subcomisión.

El Sr. PRESIDENTE. La hora es muy avanzada.

Erán las 20 y 10 horas (8:20 P. M.). Queda levantada la sesión.

SEPTIMA SESION PLENARIA

MARTES 20 DE NOVIEMBRE DE 1934

15 y 20 horas (3:20 P. M.)

FIEBRE AMARILLA

El Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión. La Comisión de Fiebre Amarilla va a informar de las conclusiones a que ha llegado y de las resoluciones que propone a la asamblea. Tiene la palabra el señor miembro informante, Delegado de la República Argentina, Dr. Vaccarezza.

Invito al señor Delegado del Ecuador, Dr. Samaniego a ocupar la Presidencia de Honor.

Dr. VACCAREZZA (Argentina). La Comisión de Fiebre Amarilla ha considerado los hechos que fueron aportados en una sesión plenaria anterior por el Dr. Soper, como también las diferentes opiniones expuestas en esa oportunidad y en las reuniones de la Comisión, por los señores Delegados miembros de la misma. Finalmente, la redacción de su informe la encomendó a una subcomisión constituida por los Dres. Lima, Soper y el que habla, informe que los señores Delegados conocen porque ha sido distribuido profusamente en el día de ayer.

Se ha considerado conveniente formular ante todo algunas consideraciones que fijarán el estado actual de la epidemiología de la fiebre amarilla, de acuerdo con los nuevos hechos comprobados, y luego trazar un programa de acción, de hechos, sobre profilaxis y acción profiláctica, para proponer a la consideración de los países de América, tanto los objetivos, como el modo de satisfacer esos objetivos. El despacho de la Comisión está redactado en los siguientes términos:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, después de considerar las recientes conquistas en el dominio de epidemiología de la fiebre amarilla expresa que:

Se ha comprobado la existencia de fiebre amarilla en distintos países del continente, en condiciones que permiten establecer la independencia de diferentes focos.

Los focos existentes en la actualidad se encuentran en medios rurales, en pequeñas poblaciones alejadas, en unos casos con intervención del *Aedes aegypti* y en otros sin presencia de ese vector.

En estos medios rurales deben intervenir otros agentes transmisores que interesa precisar, como la posible existencia de especies animales reservorios de virus.

La lucha antilarvaria contra el *Aedes aegypti* asegura a las poblaciones urbanas contra el peligro de la enfermedad. En los focos rurales sin *Aedes aegypti*, las medidas profilácticas no pueden, por ahora, ser dirigidas contra el vector, por ser éste desconocido.

La ausencia durante largos años de casos diagnosticados de fiebre amarilla en zonas posiblemente endémicas, no autoriza a excluir la existencia de la enfermedad.

En presencia de estos hechos la Conferencia recomienda a los países del Continente un programa de estudios y profilaxis que incluye:

1°. Investigación sistemática del poder protector del suero en los habitantes de todos los países y regiones intertropicales del continente para establecer la distribución geográfica de la enfermedad en los últimos años.

2°. Investigación anátomo-patológica sistemática (recolección por viscero-tomía y examen de nuestras de hígado de los sujetos fallecidos por enfermedad febril de menos de diez días de evolución) en todas las regiones anteriormente endémicas y en aquéllas en que la investigación del poder protector del suero permite asegurar la existencia actual o anterior de la enfermedad.

3°. Creación de servicios antilarvarios permanentes que garanticen un índice estegómico mínimo o nulo, en todas las ciudades y puertos marítimos, fluviales o aéreos de la zona intertropical del continente.

4°. Creación de iguales servicios en todas las localidades infectadas y en las regiones próximas.

5°. Adopción de un reglamento que facilite y garantice la lucha antilarvaria y la viscerotomía. Se aconseja una reglamentación semejante a la adoptada por Brasil, Bolivia y Paraguay.

6°. Información trimestral a la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el desarrollo de la campaña antilarvaria y los respectivos índices estegómicos.

7°. Determinación de métodos suplementarios de la lucha en las regiones rurales en que la policía de focos resulte ineficaz o impracticable.

8°. Vacunación anti-amarilla preventiva de las personas receptoras que transiten por regiones endémicas o emigren de las mismas y de las poblaciones rurales en que existiendo fiebre amarilla la lucha contra los transmisores sea difícil o imposible.

9°. Creación de laboratorios especiales para el estudio de la fiebre amarilla. Aquellos países que no dispongan de laboratorios o institutos especializados, concertarán con los de los países vecinos o con los de instituciones privadas de carácter internacional, la realización de las investigaciones correspondientes.

El Sr. PRESIDENTE. Como este informe es el producto de una deliberación detenida y hecho con el mayor interés y conocimiento del asunto por los miembros de la comisión especial, me parece, salvo la mejor opinión de la asamblea, que estaría demás toda discusión al respecto. (*Asentimiento general.*)

Continuaremos entonces con el tema "Lepra." Tiene la palabra el Delegado argentino, Dr. Baliña.

LEPRA

Dr. BALIÑA (Argentina). En diversos países del continente americano, la lepra, según es sabido, constituye una preocupación sanitaria. Varios de esos países han organizado la lucha contra dicha enfermedad, dictando al efecto leyes de profilaxis pública y de tratamiento sanitario.

En la República Argentina, desde el año 1926, impera una ley nacional de profilaxis de la lepra, inspirada en sentimientos humanitarios y en los más modernos progresos de la ciencia. Dicha ley hace obligatoria la denuncia de los casos de lepra, el tratamiento sanitario, la inspección preventiva, y el aislamiento en establecimientos especiales o en el domicilio del paciente. Prohíbe el matrimonio entre leprosos y entre una persona sana y otra leprosa. Impone la separación del recién nacido hijo de padres leprosos. Prohíbe la entrada al país de leprosos extranjeros y establece penalidades para los que infrinjan los distintos artículos de la ley.

Sería sumamente oportuno recomendar desde el seno de esta conferencia a las naciones de América con morbilidad leprosa, que no demoraran la organización e implantación de la defensa sanitaria contra esta enfermedad, si aún no se han preocupado de ello.

En efecto, no será posible combatir con la eficacia deseable la endemia leprosa panamericana, mientras todos y cada uno de los países que ya tienen un coeficiente más o menos elevado de infección y los países vecinos para quienes esto es una amenaza constante, no organicen en forma coordinada la profilaxis de esa enfermedad. Los flagelos internacionales—y la lepra más que ninguno de ellos—exigen que tales sean las directivas características de la lucha para que se alcancen los mejores resultados posibles.

La contigüidad de unos países invadidos por la lepra con otros más o menos respetados por ella; la facilidad y utilización cada vez mayores de los medios de comunicación entre unos y otros países, y la dificultad para fiscalizar el tránsito de viajeros con lepra a través de las fronteras, se cuentan entre los numerosos factores que esta enfermedad no desperdicia para extender sus dominios creando nuevos focos.

La encuesta mundial—dice textualmente E. Jeanselme—efectuada por E. Burnet, secretario de la Comisión de la Lepra de la Sociedad de las Naciones, ha demostrado que la falla principal de la lucha contra la lepra es la ausencia de coordinación de los métodos y de cooperación de los esfuerzos entre las naciones.

Por escaso o insignificante que sea o aparente ser su coeficiente leproso actual, ningún país americano puede desentenderse totalmente de esta cuestión sanitaria. En el mejor de los casos deberá vigilar la entrada a su territorio de enfermos del exterior y tener constantemente presente que el polimorfismo y las formas frustradas hacen que, a menudo, la lepra autóctona o importada sea desconocida por los médicos de muchos países que atienden pacientes, sin sospechar siquiera el verdadero diagnóstico.

Los Gobiernos de todos los países que tienen leyes de profilaxis leprosa deben hacer todo género de esfuerzos y sacrificios para que las mismas reciban aplicación práctica. Las naciones que así proceden, imitando a Noruega, hacen la más preciosa de las economías para su futuro. Los países, a quienes por contar ya con un número apreciable de casos conocidos de lepra, convenga una ley de profilaxis sanitaria, habrán de inspirar ésta, no sólo en las legislaciones más modernas, sino en el espíritu cada vez más humanitario y generoso que las ha venido orientando en los últimos años. Persuasión y atracción, en vez de régimen coercitivo, tales son las normas de acción de la moderna profilaxis leprosa.

Mientras, gracias a los progresos de la educación pública y del bienestar general, avanzan a la par la higiene y la profilaxis individual y colectiva, todos los países con lepra deberían procurar a toda costa: 1) aislar a los enfermos de ella que se reputen contagiosos;

2) crear dispensarios para el tratamiento de todos los demás casos.

El aislamiento se deberá llevar a cabo, preferentemente, en asilos-colonias de tipo agrícola, lo más confortables y atrayentes que sea posible, o en otros establecimientos especiales, o, en su defecto, en el domicilio mismo del paciente. Las colonias e internados para leprosos no necesitan estar muy alejados de los centros de población; no constituyen para éstos ningún peligro de contagio. El contagio se produce viviendo en promiscuidad los enfermos con los sanos. Conviene que el acceso a los asilos-colonias sea fácil, inclusive para que los enfermos reciban cómodamente la visita de personas de su familia. Además de los casos, recientes o no, pero reputados más contagiosos (lepra abierta, bacilífera), los asilos-colonias deberán albergar a los enfermos indigentes o vagabundos y a los casos avanzados.

Conviene que en los asilos-colonias se destine un sitio a los enfermos pudientes que deseen costearse comodidades especiales o construir allí su alojamiento particular. En tales establecimientos no deberán vivir más personas sanas que las afectadas al cuidado y asistencia de los enfermos.

Los asilos-colonias e internados para leprosos serán centros activos de asistencia médica. Para ello deberán estar instalados y provistos con todos los recursos necesarios, a fin de que los enfermos reciban los tratamientos aconsejados por los modernos progresos de la ciencia. Otro tanto deberá ocurrir con los dispensarios antileprosos. Gracias al tratamiento realizado en estas condiciones muchos enfermos de lepra podrán ser restituidos a la vida social, exentos de síntomas clínicos, y bacteriológicamente negativos, pero quedando bajo vigilancia sanitaria.

Las Escuelas de Medicina deberán intensificar la enseñanza de la leprología entre los futuros médicos y los que ya han egresado.

Debe propenderse al diagnóstico precoz de la lepra y al examen sistemático y periódicamente renovado de los convivientes de cada nuevo caso reconocido; con ello ganarán no sólo la profilaxis sino la eficacia terapéutica. Debe impedirse la entrada al país de leprosos extranjeros. Conviene que los niños, hijos de leprosos, desde el nacimiento sean separados del cónyuge enfermo y mantenido en observación.

Conviene que la dirección técnica de la lucha antileprosa esté centralizada; que sea única. En los países donde esto no sea posible por no regir el sistema unitario de gobierno, conviene a la unidad de acción que la dirección central concierte la lucha antileprosa con las autoridades de los estados o provincias y con las de las comunas.

Dr. DIEZ DEL CIERVO (Venezuela). En mi país, los gobiernos se han preocupado desde hace años del problema de la profilaxis antileprosa; pero es en estos últimos tiempos cuando se ha señalado una verdadera orientación científica al estudio de este problema.

Existe en Venezuela la reclusión obligatoria de los leprosos, y se han construído dos grandes leproserías, cerca de los centros urbanos, de grandes recursos: el uno en el centro, a una hora de la ciudad de Caracas, y el otro en el occidente, cerca de la ciudad de Maracaibo, en una isla del lago del mismo nombre. En esos centros se procura rodear a los enfermos de todas las comodidades y diversiones posibles; y aunque no existe el sistema de colonias, se les permite trabajar, para que no estén ociosos; porque bien es sabido que la ociosidad es una de las principales causas de las insubordinaciones que suelen tener lugar en dichos establecimientos. Los productos de su trabajo son consumidos allí mismo, en los leprocomios; y están asistidos por dos médicos jóvenes venezolanos que se han dedicado con gran amor y devoción al estudio de la lepra y se han preparado en Europa y en Estados Unidos. Séame permitido nombrar aquí a esos dos jóvenes: El Dr. Martín Vegas, en el leprocomio de Cabo Blanco, y el Dr. Leopoldo García Maldonado, en el leprocomio de la isla de la Providencia, de Maracaibo. El tratamiento que se les aplica es a base del aceite de chaulmugra. El gobierno venezolano envió a un químico, el Dr. Noguera Gómez, a Panamá, para estudiar las propiedades del aceite de chaulmugra. El mismo químico, por un procedimiento ideado por él, logró preparar un aceite sobre la base del chaulmugra, llamado "Neo Chao." No se trata de ningún procedimiento secreto, pues el Dr. Noguera Gómez lo ha explicado en diferentes reuniones científicas. Consiste en obtener aceite de chaulmugra de muy buena calidad, neutralizarlo y mantener ese estado neutral por medio de la aplicación de rayos ultravioletas. De esa manera los médicos de leprocomios han logrado inyectar en los enfermos gran cantidad de chaulmugra sin producir los flemones, que era lo que impedía el uso en gran cantidad de dicho aceite. Los resultados obtenidos han sido los siguientes: curados, 10.7; muy mejorados, 39.8; mejorados, 33.3; estacionarios, 7.2 y empeorados, 3.4 por ciento. Los enfermos curados, después de llenados ciertos requisitos, son declarados socialmente curados. Después de haber estado sometidos durante un año a exámenes mensuales y dando siempre resultados negativos, la dirección del leprocomio lo participa al Ministerio; éste nombra una comisión encargada de dictaminar en esos casos, la que antes de expedirse somete a los enfermos a un absoluto aislamiento en casos especiales y sin ningún tratamiento por espacio de otros 4 meses. Terminado ese nuevo período, si los resultados son negativos, se declaran socialmente curados.

Con la nueva orientación dada a nuestras leproserías, hoy no son miradas por los enfermos como sitios de prisión a los que se entrara para no salir más, sino como verdaderos hospitales especiales, donde conjuntamente con el tratamiento adecuado, se procura hacerles llevadera la reclusión por medio de buena alimentación y distrac-

ciones variadas. Se les provee de todas las comodidades posibles y hasta están dotados de aparatos de radio y de cines parlantes.

Todos los años son dados de alta como socialmente curados 50 enfermos, término medio.

La organización de los leprocomios ha conseguido ganarse el buen concepto público; de tal modo que muchos enfermos, como lo dije antes, acuden espontáneamente a los institutos para ser sometidos a curación.

Dr. ARROYO (Guatemala). No tengo nada que añadir a la brillante exposición hecha por el Prof. Baliña. Sólo insistiría en un punto que él ha tocado: La necesidad de conocer más la lepra en nuestros países. Son frecuentes los casos de diagnósticos erróneos confundiendo la lepra con algunas enfermedades de la piel. A mi juicio convendría que la Conferencia aconsejara a todos los países que antes de otorgarse el título de doctor en medicina, los estudiantes de las respectivas Facultades permanecieran durante algún tiempo en los leprocomios o en los lugares donde existen enfermos de lepra para hacer un estudio profundo, a fin de evitar en lo posible los diagnósticos equivocados. Me adhiero a lo que acaba de decir el Prof. Baliña, al que felicito por su exposición y desearía se tuviera en cuenta lo relativo a un mayor conocimiento de la lepra.

Dr. BALIÑA. Agradezco la gentil felicitación del señor Delegado de Guatemala, Dr. Arroyo, y recuerdo que en la Argentina actualmente nos regimos por la ley nacional No. 11,359, de la que fué autor el Dr. Aberastury. Esa ley está inspirada en los altos sentimientos humanitarios a que se ha hecho referencia, y gracias al celo del Departamento Nacional de Higiene y a la colaboración que el Gobierno les presta, están en vías de realización los asilos-colonias que manda crear dicha ley. Esa ley dispone la creación de siete asilos-colonias distribuidos en las distintas zonas del país donde el índice de leprosos es más elevado. En honor a la verdad, nuestro porcentaje no es muy alto, pues sobre 12 millones de habitantes, el censo oficial sólo ha conseguido comprobar tres mil casos de lepra conocidos; sin embargo, esa cifra constituye una amenaza, sobre todo si no se adoptan las medidas sanitarias que están por realizarse, por cuanto el censo oficial realizado en 1906 con motivo de la Primera Conferencia Nacional de la Lepra, promovida por el Dr. Carlos Malbrán, fundador del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, que los señores delegados conocen, arrojó en aquella fecha, solamente, 724 casos en todo el país. Si las medidas aconsejadas y que están llevando a la práctica se paralizaran, no sabemos qué desarrollo podría tener esta plaga, que en algunos países de América ha tomado un incremento desmedido.

Uno de los siete asilos-colonias está ya construido (Isla del Cerrieto), acaba de adjudicarse la construcción de otro en Misiones, y se está en vías de hacer otro tanto con la totalidad de los restantes,

por haber sido ya previstos los recursos en el presupuesto de la Nación. La habilitación de esos asilos-colonias permitirá internar no sólo a los enfermos bacilíferos, que carecen de recursos, sino también a los avanzados, cualquiera sea el tipo de lepra que presenten. Los pacientes que no necesiten internación serán atendidos en dispensarios monovalentes o, como muchos lo hemos propuesto, polivalentes. Algunos hemos aconsejado que estos dispensarios polivalentes se denominen "dermatovenereológicos." A su frente deberá estar un dermatosifilógrafo, por ser el más capacitado para hacer una discriminación diagnóstica difícil a veces, entre los casos de sífilis, de dermatosis diversas, raras o frecuentes, y de lepra, enfermedad ésta que, como sabemos, por su extraordinario poliformismo puede ser confundida con otros procesos cutáneos. En esos dispensarios polivalentes se tratará al mismo tiempo que a los enfermos de sífilis a aquellos que presenten dermatosis contagiosas y que por tanto, interesa tratar desde el punto de vista sanitario, tales como las tiñas, y otras dermatosis más raras, como son las micosis, blastomicosis y leishmaniosis. Además, en estos mismos dispensarios expresamente denominados "dermatovenereológicos," para no mencionar la palabra "lepra," serían tratados los pacientes de esta enfermedad que no necesitan internación, es decir, especialmente las formas no bacilíferas.

En esta campaña se halla empeñado con tesón el Departamento Nacional de Higiene. Los médicos que tenemos un conocimiento directo de lo que significa la lepra en nuestro ambiente y del avance que puede tomar si no se le oponen medidas eficaces, no obstante conocer la gravedad del problema, albergamos la esperanza de que ha de contenerse el desarrollo de este flagelo. En efecto—y este es el mayor aliciente de la lucha antileprosa—todos sabemos que aquellos países que desarrollen una campaña intensa de activa profilaxis, pueden llegar a dominarla. El ejemplo de Noruega debe ser traído siempre a colación, porque es el mejor estímulo para la acción de médicos y gobernantes a fin de llegar como en aquel país a la eliminación definitiva de esta plaga extirpable.

En una sesión consagrada por la Comisión de Venéreas a la consideración de estas enfermedades, también se trató de la lepra, y algunas de las conclusiones que después serán leídas engloban proposiciones que se han hecho simultáneamente para enfermedades venéreas y lepra.

El Sr. PRESIDENTE. Entonces puede aplazarse su consideración para el momento en que tratemos el tema Venéreas.

El señor Delegado del Ecuador, Dr. Samaniego, ha pedido la palabra.

Dr. SAMANIEGO (Ecuador). Deseo manifestar que he tenido ocasión de conocer la legislación argentina respecto de la lepra, y que

la recomiendo a las delegaciones extranjeras, porque me parece que es una de las más completas.

En cuanto al Ecuador, aunque no puedo dar detalles del estado actual de la campaña antileprosa, quiero señalar que hace algún tiempo se inauguró el nuevo leprocomio ubicado a pocos kilómetros de la Capital de la República. Se asisten allí poco menos de 500 enfermos provenientes de todo el país, en condiciones buenas de higiene y con aplicación al trabajo del campo, que realizan en el mismo local, que está completamente rodeado por una muralla elevada, con separación para enfermos de los dos sexos. El Dr. Burnet, cuando visitó ese leprocomio, como comisionado de la Oficina de Ginebra, se expresó muy bien respecto de su organización, porque, además del tratamiento que es bastante moderno, observó que el costo de cada enfermo de lepra en el Ecuador resulta bastante bajo con relación al que había observado en otros países.

Además del citado leprocomio cercano a la Capital, existe otro al sur, de menos importancia, pero en buenas condiciones higiénicas y técnicas.

Entiendo que la base del tratamiento es el aceite de chaulmugra. En general, el número de leprosos en el Ecuador es relativamente poco elevado. Se han adoptado algunas medidas, y no existe una legislación uniforme en todo el país. Yo creo que debemos esperar las conclusiones respecto de este asunto para ver si son adaptables a todos los países del continente.

VENEREAS

El Sr. PRESIDENTE. Corresponde continuar con el tema enfermedades venéreas.

Tiene la palabra el señor Delegado de Chile, Dr. Coutts.

Dr. COUTTS. Me permitiré hacer una breve relación científica con referencia a un tema que preocupa hondamente a mi República desde el año 1927.

La exposición que haré se propone dar a conocer ciertos aspectos del problema de una enfermedad que está recientemente llamando la atención de los países americanos y que ya ha preocupado intensamente a los de Europa. Me refiero a la *linfogranulomatosis venérea*, o sea lo que algunos especialistas llaman la "cuarta enfermedad venérea" y otros la "quinta enfermedad venérea."

La Oficina Internacional de Higiene ha llamado la atención de los distintos gobiernos en el sentido de que se preocupen de esta afección que parece revestir en Europa caracteres de gravedad sólo parangonables con los de la sífilis y la gonorrea. Entre nosotros ya hemos observado durante algunos años un aumento lento y gradual de esta enfermedad, que hoy día, aunque no puede decirse que su morbilidad marcha paralelamente con la de las infecciones gonorreicas y sifilíticas, ha aumentado su intensidad considerablemente,

al punto de que ya no contamos los casos por decenas o centenas, sino por millares.

Este mal ha sido reconocido en todas las Repúblicas de Latinoamérica desde hace muchos años. En la República Argentina, el año 1904, el Dr. Dessy describe 5 casos de bubón tropical; en 1915 el doctor Mazza reconoce también algunos casos. Después, los Dres. Destéfano y Vaccarezza hicieron estudios sobre algunos casos, y progresivamente se han descrito en revistas médicas argentinas otros. Igual cosa acontece con Venezuela. En la *Gaceta Médica de Caracas*, han aparecido trabajos de Bellard, Ruiz y Villegas y de Rísquez. Acontece lo mismo en Colombia y en los países centroamericanos, se han estudiado casos de esta enfermedad. Y en Chile también hemos tenido nosotros, probablemente con anterioridad a los casos ya bien estudiados por nosotros, manifestaciones de la linfogranulomatosis venérea.

Es ésta una enfermedad que, en realidad, para el médico higienista, en general, tiene la importancia epidemiológica de todos los males, pero que preferentemente llama la atención del venereólogo por las consecuencias tardías que produce. Por eso, creo que también ha de llamar la atención de ustedes cuando me permita demostrarles aquí, en algunas proyecciones que traigo, las consecuencias de este mal cuyos efectos médicosociales son sumamente graves; graves por una razón: porque la lúes se cura con neosalvarsán, la gonorrea invalida a una fracción reducidísima de nuestros enfermos; en cambio, la linfogranulomatosis en cualquiera de sus manifestaciones, significa largos meses de hospitalización, preocupaciones para el clínico y consecuencias a veces de una gravedad tan enorme, que lleva a los enfermos a la tumba.

Esta enfermedad, que está llamando poderosamente la atención del mundo, ha sido estudiada por nosotros en Chile a partir del año 1927. Hemos hecho algunos estudios, que han sido publicados en revistas nacionales y extranjeras, y no voy a molestar vuestra atención respecto de lo que hemos hecho y de lo que hemos obtenido en este sentido.

Me voy a detener, antes de proyectar las láminas que traigo, en algunas consideraciones para explicar la naturaleza de este proceso y los medios de diagnóstico. Los medios de diagnóstico se van afinando en manos del clínico, cuando comienza a buscar este mal. Los primeros casos los encontrábamos nosotros en la cátedra de Clínica Quirúrgica, adonde llegaban los enfermos con una adenopatía inguinal sin puerta de entrada. No había chancro ni ninguna inicial y entonces estos enfermos no eran distribuidos a los servicios de Urología, sino que quedaban en los de Clínica Quirúrgica, donde es fácil encontrar una puerta de entrada en cualquier pequeño corte del pie, para justificar la lesión que presentaba el individuo. Dado que estos procesos no tienen un carácter incendiario como los

procesos piógenos ganglionares consecutivos a las lesiones de los pies, sino que el enfermo permanecía sin variar su lesión ganglionar, tomada en cuenta la tuberculosis, frente a una adenitis de marcha lenta, procedían a la extirpación quirúrgica de estos ganglios, con las consecuencias desastrosas que significa la extirpación de procesos a veces múltiples, poliganglionares y supurados. Esto, que nos aconteció a nosotros, ha pasado a todos los países con estos enfermos: Han ido primitivamente a los servicios quirúrgicos.

Este mal se presenta como consecuencia de la vida sexual. No hay discusión alguna respecto a su naturaleza venérea; y para fundamentar esto, existe ya la demostración clínica de muchos autores que han señalado el contagio matrimonial. Es un contagio más o menos certero, para poder establecer que si en un esposo se observa una lesión de esa naturaleza y ella aparece en la mujer, el contagio es un contagio directo, un contagio sexual.

Llama la atención la forma en que se inicia la enfermedad. Esa iniciación tiene dos aspectos: En uno de ellos comienza como una lesión venérea, ya sea un pequeño chancro poroadénico, ya sea una pequeña meatitis o una pequeña descarga uretral microbiana; a los pocos días hay un compromiso ganglionar, y este compromiso ganglionar sigue evolucionando después de la desaparición espontánea de las lesiones iniciales. Este cuadro es un cuadro tórpido y que se mantiene durante meses y meses, reblandeciéndose en ciertos puntos los ganglios, vaciándose al exterior y manteniendo trayectos fistulosos que permitieron a Nicolas, Durand y Favre sentar ese diagnóstico.

Pero frente a esta forma existe otra, donde no se encuentra una puerta de entrada, en la que no existe lesión inicial alguna. Este hecho no ha sido solamente observado por nosotros. Todos los autores que han escrito sobre bubón tropical o sobre linfogranulomatosis, señalan un 50 por ciento de casos donde se observa la lesión inicial y otro 50 por ciento donde esa lesión inicial no se manifiesta. Pero qué particularidad tienen una y otra de esas formas? La forma que no tiene puerta de entrada, se inicia en general con escalofríos, dolores de cabeza, manifestaciones articulares dolorosas, etc., y luego al cabo de dos o tres días de duración de estos prodromos, se presenta la lesión inguinal con compromiso de los ganglios inguinales e ilíacos, compromiso de los ganglios mesentéricos y en ciertos casos con compromiso de todo el sistema linfático del organismo. Que ésta es una forma general, no cabe la menor duda. Hay hechos demostrativos a ese respecto, y esta mañana conversando en el Servicio del Prof. Baliña, hemos recordado los hechos observados por Hita Gauria en Manchuria, autor que había registrado una hipertensión colosal en estos enfermos que tenían síndrome, sin puerta de entrada. Un enfermo en el servicio del Prof. Baliña tenía 78 cm. de agua de presión intrarraquídea. Este hecho

no sólo tiene importancia clínica sino que va aún más allá. Estos enfermos los hemos estudiado nosotros desde el punto de vista de las alteraciones oculares y en todos estos casos se encuentra una manifiesta tortuosidad de los vasos oculares, un edema peripapilar e hipertensión de la arteria central de la retina. Esto en cuanto al cuadro agudo. Este pasa al cabo de tres, cuatro, cinco o seis meses, y hasta el presente no hemos podido encontrar para él un método de tratamiento; ninguno de los propuestos, tanto en el extranjero como en las Américas, dan resultados satisfactorios.

El mal aparentemente desaparece y al cabo de 6, 8 o 10 meses, estos enfermos, en un porcentaje de 10 a 12 entre los que hemos observado, se presentan a los servicios, no de la especialidad, sino a los de proctología y otros. Van a proctología los que presentan síntomas de una estrechez rectal que se inicia; y los que van a urología es con un proceso genito-ano-rectal que los especialistas conocemos hace muchos años, y que colocábamos como enfermos fistulosos crónicos de origen tuberculoso. Estos síndromes generales se mantienen. Las alteraciones visuales, las alteraciones urinarias y la hipertensión se mantienen en esos enfermos que presentan las secuelas, a larga distancia, de este mal, señalado por el estiómeneo de la vulva, consecutiva a la úlcera crónica venérea de este órgano, acompañada de elefantiasis vulvar.

En la elefantiasis penoescrotal del hombre, en la estrechez rectal del hombre y de la mujer y en las alteraciones génito-urinarias de carácter fistuloso con síndrome perineal, en los casos que hemos observado nosotros con el Prof. Espíldora, profesor extraordinario de la Facultad de Medicina de Chile, hemos podido comprobar que las alteraciones retinales y las alteraciones tensionales persisten a través de los años que dura la evolución de este mal. Cuál es la marcha de estos enfermos? Todos sabemos que el estiómeneo, aunque escasos son los casos en que ocurre, lleva a la muerte. Generalmente viene la agregación de una tuberculosis y estos enfermos mueren de una asistolia o de su mismo estiómeneo, por compromiso séptico de estas alteraciones que van destruyendo poco a poco la pared de vagina y la pared del recto.

Cuál es el fin de los enfermos de estrechez rectal? La tumba. Cuál el destino de los con síndrome génito-ano-rectal? La muerte. Estos síndromes evolucionan en un espacio de uno, dos, cinco o seis años y durante todo ese tiempo los enfermos gravitan sobre el erario público, permaneciendo hospitalizados.

En cuanto al diagnóstico clínico del mal, es sencillo; Quien tiene oportunidad de ver a esos enfermos, hace el diagnóstico con facilidad. Pero es lógico que siempre es menester eliminar la duda frente a las otras afecciones crónicas que descubrimos al verlos. Las pruebas de laboratorio son muchas veces concluyentes para establecer el diagnóstico; pero cuando se trata de lesiones atípicas

el diagnóstico es más difícil. Puede existir una reacción de Wassermann o de Kahn concomitante con la prueba de la cutialergia, permitiendo establecer la coexistencia de la linfogranulomatosis con la sífilis. En los últimos años hemos podido constatar que, paralelamente con la cutialergia establecida por Frei, la reacción de Bordet, utilizando un antígeno de ganglio linfogranulomatoso, da reacciones positivas en un 90 por ciento de los casos. Esta linforeacción tiene ventajas sobre la reacción de Frei. Tratándose en esta reacción de un estado de alergia cutánea, para establecer su positividad debe ser controlada con una inyección de suspensión estéril de leucocitos. Si esta prueba no se realiza así, puede inducir a error, porque la cutialergia puede establecerse por una reacción frente a las albúminas extrañas que contiene el antígeno de Frei, que es una suspensión estéril de leucocitos, conteniendo también el antígeno especial del mal.

He querido hacer esta breve exposición científica con el objeto de fundamentar un voto que, luego de efectuarse las proyecciones luminosas, me voy a permitir someter a la consideración de esta Asamblea.

A medida que se proyectan los diapositivos, el Dr. Coutts los comenta.

Presento mis excusas por haber tratado en este recinto una materia exclusivamente científica, pero no me extrañaría que al finalizar mi exposición oyera decir a algunos otros señores Delegados, que este mal está preocupando en otras partes, tanto como en Chile. Al principio se reían de mí, hoy no, cuando yo señalaba la posibilidad de que esta enfermedad tomara lenta y progresivamente a América, como había tomado a Europa. Es una verdadera pena para nosotros los médicos, ver hombres jóvenes llegar a nuestros consultorios con estrecheces, etc., sin poder recetarles absolutamente nada como remedio, porque no tenemos nada que ofrecerles.

En consecuencia, como los estudios que se están realizando sobre este mal no están aún muy adelantados, solicito al señor Presidente quiera someter a la consideración de la asamblea el siguiente voto:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda a los distintos países, el estudio de la linfogranulomatosis venérea.

De esta manera, cuando nos reunamos nuevamente dentro de 4 ó 5 años, veremos qué es lo que se ha podido hacer en conjunto por nosotros y a qué conclusiones se ha llegado en relación a lo que se realiza en Europa.

Dr. ARROYO. He escuchado con mucha atención al señor Delegado de Chile y estoy de acuerdo con lo que ha manifestado. Estoy seguro de que en muchos de los países aquí representados pasa lo mismo con respecto a esta enfermedad. Al menos en mi país, muchos de estos enfermos en vez de llegar a los servicios de vene-

reología, iban la mayor parte, a los servicios de cirugía general. En mi calidad de cirujano del Hospital General de Guatemala, he tenido ocasión de observar muchos de estos casos que nos han dejado completamente perplejos. A esos enfermos comenzábamos a someterlos a un tratamiento antisifilítico, por todos los procedimientos conocidos, sin atrevernos a intervenir quirúrgicamente. Muchas veces, agotados todos los recursos, hasta por desesperación, interveníamos quirúrgicamente. Excuso decir que en muy pocos casos tuvimos buen resultado. La mayor parte de los enfermos continuaban 4 ó 5 meses en las salas del hospital, hasta que fallecían. Otros duraban más tiempo con vida, pero los resultados eran fatales.

Sería muy interesante, como ha propuesto el señor Delegado de Chile, que se intensifiquen los estudios sobre esta enfermedad, que estoy seguro azota a muchos países.

Dr. BALIÑA. Conocía desde tiempo atrás los interesantes trabajos que el Dr. Coutts ha realizado sobre la linfogranulomatosis, y aprovecho la oportunidad de la brillante exposición que nos acaba de hacer para felicitarlo sinceramente por ella y por sus trabajos anteriores.

La Argentina hace muchos años que presta verdadera atención a esta enfermedad. Como el Dr. Coutts sabe, desde 1904 se dieron a conocer casos del llamado "bubón climático." Puedo afirmar que desde entonces, sobre todo en la Cátedra de Dermatología y Sífilis, sucesivamente a cargo de los Dres. Sommer, Aberastury y del que habla, se ha tenido constantemente presente esta enfermedad. Los casos típicos no han sido desconocidos desde ese tiempo, mientras tal vez lo fueran aquellas formas atípicas que en los últimos años se han ido reconociendo como vinculados a la linfogranulomatosis. Esta enfermedad cada vez tiene mayor importancia. Así, por ejemplo, en el servicio de la cátedra a mi cargo, en los 5 años precedentes sólo se internaron 1 ó 2 enfermos por año, pero en el curso del año actual se ha internado a 12, de manera que el aumento es indiscutible.

Nada puedo agregar a la interesante exposición del Dr. Coutts. Sólo diré que casi todos estos pacientes que llegan al hospital son de categoría humilde y que han recogido su enfermedad en las zonas contiguas al puerto, en cuyos prostíbulos deben dominar las mujeres que tienen esta infección, en relación con los ubicados en otras partes de la ciudad. Diré también, que, en general, es excepcional ver pacientes de cierta condición social; por lo general estos casos se registran en enfermos de hospital y de condición más bien pobre.

Dr. VACCAREZZA (Argentina). Lo mismo que el Dr. Baliña, quiero destacar el alto interés de la exposición que acaba de realizar el Dr. Coutts, lo mismo que el valor de sus trabajos. He tenido el placer de comprobar que ha presentado hechos nuevos verdadera-

mente interesantes desde los puntos de vista clínico y experimental. Por eso apoyo decididamente el voto que propone.

Es indudable que esta enfermedad ha recibido muchos nombres y que, juntamente con el Dr. Destéfano, me he permitido también bautizarla con el nombre de "Poradenitis inguinal," designación que el Dr. Coutts me permitirá manifieste que no pertenece a Durand, Nicolas y Favre, sino que Ravaut la describió primero como "poradenolinfitis septicémica benigna generalizada," y luego la designación que nosotros propusimos fué adoptada por Favre.

Es indiscutible que esa enfermedad ha dejado de ser una afección local para tener un significado de infección venérea y luego de enfermedad general, con repercusión sanguínea, linfática, esplénica, etc., y que en estos últimos años se ha vinculado a ella una serie de trastornos regionales, como los que ha consignado el Dr. Coutts, como también, sobre todo después de las comprobaciones de orden experimental se han buscado algunos equivalentes de orden nervioso, de asiento cerebromedular, y se ha llegado a sospechar la posible naturaleza poradénica del tabes, habiéndose efectuado investigaciones desde ese punto de vista, que hasta este momento no han sido decisivas. Son altamente interesantes las comprobaciones del Dr. Coutts acerca de las complicaciones tardías.

Respecto a la frecuencia de la enfermedad entre nosotros debo decir lo siguiente. Mis condiciones de observación personal, no han diferido, desde la primera publicación nuestra que data de algo más de diez años. En aquel entonces aportábamos una contribución sobre doce casos y luego, en el término de pocos años, teníamos oportunidad de estudiar más de 70 casos. Actuando en el mismo medio hospitalario, hoy puedo decir que la frecuencia de los enfermos con manifestaciones inguinales, es más o menos semejante. Así es que yo no puedo sostener que entre nosotros la frecuencia de lo que designamos poradenitis inguinal subaguda, sea mayor hoy que diez años o cinco años atrás. Nos sé si influye en el cálculo el hecho de que antes a estos enfermos no sólo los enviaban a los servicios de cirugía, sino también al Hospital Muñiz con el diagnóstico de peste aguda, subaguda o crónica, y que hoy esos errores sólo por excepción ocurren. Tal vez ahora los enfermos no son enviados todos al hospital de aislamiento de infecciosos y son atendidos en otros servicios, pero *grosso modo*, el número de enfermos en el Hospital Muñiz es en la actualidad más o menos semejante al de años anteriores.

Respecto a lo que consignaba el Dr. Baliña, no soy tan exclusivista. Es indudable que es una enfermedad que se observa de preferencia en sujetos de condición social más o menos baja, sobre todo marineros y tripulantes, pero se observa a veces, con frecuencia no excepcional, en sujetos de posición social acomodada y

hasta en universitarios. A mí me ha tocado atender enfermos de poradenitis de toda condición social.

Por lo que se refiere a su evolución y pronóstico, el Dr. Coutts me permitirá que no tenga una impresión tan pesimista como la que han dejado traslucir sus palabras, considerando a esta enfermedad casi obligadamente mortal en un término breve o largo. En realidad, los enfermos que hemos tenido oportunidad de tratar, a menudo con éxito, otras con resultado discutible y otras sin éxito aparente, han curado después de un tratamiento corto o largo de pocas semanas o varios meses, sin que llegaran inevitablemente, sino por excepción a presentar trastornos en la circulación linfática y sanguínea de los miembros inferiores; trastornos que se observan, sobre todo, cuando esos enfermos eran sometidos a la ablación más o menos completa de los paquetes ganglionares, lo que creaba un proceso supurativo que acababa por originar la esclerosis de la región, con los trastornos circulatorios consecutivos.

Respecto a la estrechez del ano, estrechez del recto y estíomeno de la vulva, etc., su observación con referencia al número de poradenitis inguinales, estimo que no es muy frecuente. Por el momento, de acuerdo con nuestra experiencia sobre esta enfermedad, somos más optimistas que lo que el Dr. Coutts ha exteriorizado, en cuanto a pronóstico.

Dr. MONGE (Perú). En el Perú también se encuentra esta enfermedad, que fué descrita en 1913 por el Dr. Morales. Desde esa fecha a la actualidad, el número de casos se ha hecho más considerable. En lo que respecta al pronóstico, solamente en casos raros de trastornos avanzados el pronóstico es grave, en el Perú por lo menos. En una gran mayoría de los casos no es tan serio como nos ha manifestado el Dr. Coutts, al menos en lo referente a la patología. En ese sentido, yo también soy un poco más optimista. Si no se puede decir que existe un tratamiento, con los recursos que se ponen en práctica hay alivios suficientes o se logran curaciones espontáneas que, eso sí, generalmente toman muchos meses para producirse.

Dr. COUTTS. No sé si en el entusiasmo de la disertación, mis palabras me han traicionado. Creo que he manifestado que en un 10 por ciento de nuestros enfermos observábamos complicaciones en la marcha posterior de los casos.

Con respecto a los otros casos de índole puramente inguinal, ya hice referencia a que duraban meses, y que no teníamos nosotros un tratamiento efectivo que dar. Pero hice presente también la diferenciación: que en estos síndromes de tipo B un 10 por ciento de nuestros enfermos tienen una complicación posterior que es el estíomeno, la estrechez génito-ano-rectal, el síndrome génito-urinario; que contra estos síndromes nosotros no tenemos, por el momento, absolutamente ningún tratamiento; y que estos enfermos, por el

mal mismo que llevan y por la fistulización posterior que sobreviene, fallecen. No se ha encontrado hasta el momento ningún tratamiento—que yo sepa, por lo menos; modestamente digo que leo bastante literatura sobre el particular—ningún tratamiento para la estrechez. Los cirujanos que se hallan presentes saben bien que no tienen otro medio que el *ano contra natura* y que eso significa la fistulización a plazo más o menos largo. Yo he dicho que hay enfermos que permanecían meses y meses en el hospital con un proceso ganglionar, que significaban un verdadero rompecabezas para nosotros, y que en algunos de esos enfermos al cabo de cierto tiempo aparece una estrechez, un estíomeno o un síndrome genito-anorrectal. Yo apelo a la autorizada opinión del Prof. Baliña para que él nos diga cuántos enfermos mejoran cuando el estíomeno ha tomado caracteres ulcerosos y, como ocurre, viene ese cuadro ulcerativo con elefantiasis, y si los enfermos que llegan a este estado tienen otro pronóstico que el letal.

Dr. BALIÑA. Yo creo que la aclaración del Dr. Coutts pone de manifiesto que todos estamos de acuerdo, pues su experiencia es coincidente con la nuestra: Hay una gran cantidad de casos que siguen una marcha subaguda o crónica y que terminan con la curación, y una cantidad de casos que traen complicaciones graves que llevan a la muerte.

El Sr. PRESIDENTE. Se van a leer las conclusiones que propone a la Conferencia la Comisión de Lucha contra las Enfermedades Venéreas. No estando presente el señor Delegado, Dr. Rubio que actuó como secretario de dicha Comisión, pido al señor Delegado, Dr. Baliña, tenga a bien dar lectura de las conclusiones.

Dr. BALIÑA. Después de cambiar ideas, la Comisión de Lucha contra las Enfermedades Venéreas redactó el acta cuya lectura haré a continuación:

En Buenos Aires a los diez y seis días de noviembre de 1934, reunida en su salón de sesiones la Comisión de Lucha contra las Enfermedades Venéreas de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, por indicación del Secretario General Dr. Alberto Zwanck procedió a designar las autoridades de la Comisión resultando electos, el Dr. Waldemar Coutts, para la presidencia y el Dr. Horacio H. Rubio para la secretaría.

El Sr. Presidente invita a exponer sus puntos de vista sobre los asuntos a tratar y después de un cambio de ideas en el que intervinieron todos los delegados, se votan las siguientes proposiciones:

1.º. Aconsejar a los distintos países dictar leyes nacionales que permitan realizar la profilaxis venérea.

2.º. Recomendar que la denuncia obligatoria de las enfermedades venéreas sea solo para aquellos enfermos contagiosos que abandonen su tratamiento sin autorización, constituyendo grave peligro para sus congéneres.

3.º. Recomendar la adopción del certificado prenupcial, solo como derecho de petición de las partes contrayentes, padres o tutores en caso de menores.

4.º. Debe ser obligación de los padres o tutores costear y cuidar la asistencia de los niños heredosifilíticos. Recomendar el estudio de la orientación sobre contagio nutricio y adoptar medidas para la protección de la nodriza y el niño.

5.º. Ningún documento oficial emanado de la legislación antivenérea servirá de base para la iniciación de juicios civiles o criminales.

6°. Reiterar la necesidad de intensificar la educación antivenérea en todas las clases sociales.

7°. Combatir y desterrar el concepto de enfermedades secretas y crear una nueva conciencia colectiva al respecto, para luchar contra ellas en el mismo plano de las demás enfermedades.

8°. Con el propósito de contribuir a lo establecido en el párrafo anterior recomendar se incluyan los servicios de profilaxis antivenérea dentro de las unidades profilácticas generales.

9°. Recomendar que todos los médicos que egresen de las facultades de medicina sean competentes en venereología y que estén imbuídos de la función social que a este respecto les corresponde desempeñar.

10°. Recomendar que, además de los ambulatorios especializados para el tratamiento de los males venéreos, se hagan profilaxis y tratamiento de estas enfermedades en todos los servicios de las distintas especialidades.

11°. La libreta del venéreo es de positiva utilidad nacional e internacional.

12°. En los países que tengan legislación venérea se recomienda la identificación del venéreo en los archivos privados, a fin de que las disposiciones establecidas no sean burladas.

13°. Recomendar que las autoridades máximas que dirigen el tratamiento y profilaxis de los males venéreos, conjuntamente con las sociedades científicas especializadas, periódicamente formulen consejos a los médicos acerca de los medios y métodos de tratamiento más aconsejables.

14°. A indicación del Dr. Domingo Ramos, Delegado de la República de Cuba, se propone un voto de aplauso al Instituto Bacteriológico de Chile, por la preparación del neo-salvarsán, en ese país.

15°. A indicación del Dr. Domingo F. Ramos, Delegado de la República de Cuba, se propone un voto de aplauso al Dr. Pedro Baliña, por su ponencia a esta comisión, a la Cátedra de Dermatosifilografía y a la Sociedad Argentina de Dermatosifilografía por su labor realizada.

16°. Todas las entidades, sin excepción oficiales ó no (ligas sociales, patronatos, etc.) en relación con la profilaxis sanitaria venérea o leprosa deben estar supeditadas y sometidas en todas sus actividades al control de la Dirección Sanitaria Oficial de cada país.

17°. Se aconseja a los Gobiernos intensificar la lucha contra el charlatanismo y con tal fin prohibir el expendio de los medicamentos contra las enfermedades venéreas sin receta médica. Al mismo tiempo llamar la atención sobre el expendio de los llamados productos profilácticos antivenéreos a fin de impedir la venta de aquellos no aprobados por las autoridades sanitarias.

18°. A los fines de la profilaxis y tratamiento sanitario se aconseja que en cada país se consiga el abaratamiento y producción de los remedios antisifilíticos.

19°. Debe propenderse como un desiderátum a que el Estado suministre gratuitamente a cualquier enfermo de sífilis que los reclame los compuestos arseno-benzólicos.

Formuladas estas conclusiones, no habiendo otros asuntos en debate, ni haciendo uso de la palabra ninguno de los Delegados de esta Comisión, se levanta la sesión.

El Sr. PRESIDENTE. Está en discusión el informe de la Comisión de Lucha contra las Enfermedades Venéreas. La discusión puede hacerse en general primero y luego en particular, y en igual forma la votación que se hará primero en general y luego en particular para cada proposición.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Yo llamo la atención de la Conferencia, refiriéndome a esa proposición en que se recomienda un determinado producto, sobre el peligro que entraña tal especie de recomendaciones. No creo que las Conferencias Sanitarias Panamericanas pisen un terreno muy sólido recomendando los productos medicinales de esta o aquella procedencia, porque, existiendo en América las formidables usinas de países que han progresado como

los Estados Unidos, comenzaría a pisar un terreno sumamente delicado. Es una advertencia que creo oportuno hacer, sin que esto signifique una condenación, en manera alguna; pero es verdaderamente peligroso que, incluso, se aventure al plenario un voto en favor de un producto; porque el voto aprobado por una comisión puede ser rechazado por la asamblea, y en vez de hacer un servicio a la institución que se quiere defender, se le hace positivo daño.

Es ésta una cuestión de extraordinario alcance, sobre la cual llamo la atención de la asamblea.

Dr. RAMOS (Cuba). Yo he deseado simplemente llamar la atención sobre la impresión que me había hecho el oír referir al señor Delegado de Chile la organización del Instituto Bacteriológico de aquel país, que había llegado a preparar un producto que la comisión entendía que debía ser de expendio gratuito, como medio de facilitar la lucha contra las enfermedades venéreas. Con ese objeto, me pareció útil proponer el voto que ha recomendado la comisión. Pero si esto va a traer algún trastorno a la Conferencia o al Instituto que prepara el producto, como advierte el señor Delegado Dr. Paz Soldán, yo no hago hincapié, y me basta con dejar expresada a la Conferencia la impresión muy agradable que me produce la preparación de este producto que la comisión acordó proponer a la Conferencia que aconsejara se dé gratuitamente. De esa manera no puede ese Instituto hacer competencia de ninguna clase, desde que va a ser un producto gratuito. Ahora—repito—si esto trae alguna consecuencia desagradable para la Conferencia o para el Instituto de Chile, yo no insisto.

Dr. BALIÑA. En la sesión especial sobre enfermedades venéreas, desarrollé este punto, *La profilaxis de la sífilis se hace sobre todo por el tratamiento*. Y para hacer el tratamiento, generosamente, como corresponde, es necesario disponer con abundancia de medicamentos antisifilíticos. Todos los países pueden procurarse los mercuriales y los compuestos bismíticos; más difícil es procurarse los arsenobenzoles, que son fundamentales en el tratamiento y, por consiguiente, en la profilaxis de la sífilis. Aquellos países que como algunos de Norte y Sud América—Chile, desde luego—estén en condiciones de fabricar estos compuestos, tienen resuelto un gran problema cuya importancia hemos apreciado, sobre todo, durante la pasada guerra mundial en que esos medicamentos no llegaban, ni en la mínima cantidad necesaria, para satisfacer las necesidades premiosas que el tratamiento moderno de la sífilis exige.

Entonces, como medicación fundamental para el tratamiento y, por consiguiente, para la profilaxis de la sífilis, la comisión había aconsejado que se propendiera al desiderátum de que el Estado llegara a producir y a suministrar gratuitamente, a cualquier enfermo de sífilis que lo reclamara, se podría decir, en general, “todos los compuestos” o “todos los antisifilíticos” (modificando la cláusula);

pero en especial los arsenobenzoles, que son los más costosos.

El Sr. PRESIDENTE. La Comisión no insiste en mantener el voto tal como lo había propuesto. Creo que basta con dejar constancia del aplauso que ha merecido el producto al señor Delegado Dr. Ramos y a la comisión.

Dr. RAMOS. Si vamos a votar la otra parte de la conclusión que aconseja que se distribuya gratuitamente el producto no sé cómo podrá el Estado darlo gratuitamente a todo el mundo y no solamente a los que no puedan costárselo.

El Sr. PRESIDENTE. Esa es ya otra cuestión de orden práctico.

Dr. COUTTS. Tal vez podríamos completar este desiderátum recomendando que todos los países traten de producir su neosalvarsán, a fin de que puedan distribuirlo gratuitamente a todos los enfermos que lo necesiten, dentro del territorio nacional.

El Sr. PRESIDENTE. Creo que una cosa no implica la otra. Distribuir gratuitamente, no significa tener que producirlo. El Estado puede tener los medios de adquirirlo en cualquier mercado, en buenas condiciones. Bastaría con recomendar la distribución gratuita. Cada país se agenciará la mejor manera de hacerlo: Si puede fabricarlo, mejor; si no, lo adquirirá. Un voto creo que no implica el otro.

Dr. BALIÑA. La cláusula 18 votada por la comisión, relacionada con este punto, dice: "A los fines de la profilaxis y tratamiento sanitario, se aconseja que en cada país se consiga el abaratamiento y producción de los remedios antisifilíticos."

Dr. PAZ SOLDÁN. El concepto de protección es sumamente delicado y creo que la Conferencia no podría votarlo. Sería inducir a entrar en el terreno de la protección, que es uno de los cánceres que corroe la vida económica de los países. Esta Conferencia es esencialmente técnica en el campo sanitario. El arsenobenzol lo fabrican los Estados Unidos y el Japón a precios que no pueden ofrecer las usinas de los demás países europeos o americanos. Sería una incursión en el campo industrial de la protección en el cual no debe pisar la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Soy el primero en reconocer el esfuerzo de Chile, que ha logrado proveerse de tan precioso medicamento; pero de ello a que entremos en el concepto comercial de lo que deben hacer los países, me parece pasar a un terreno delicado, tanto más que están en una lucha industrial los unos con los otros. No es que condene el esfuerzo, repito que soy el primero en reconocerlo; pero creo que la Conferencia Sanitaria Panamericana, formada por plenipotenciarios como somos todos los que en ella nos sentamos, no puede pisar un terreno tan delicado como el de resolver preferencias en el campo de la protección. Es una advertencia que hago más a título personal, que en nombre de la Delegación, pero que creo de mi parte un deber hacer.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Simplemente insinúo la supresión de esta palabra "elaboración." En cuanto al abaratamiento, está muy bien indicado. En algunos países, como Costa Rica, tenemos que las drogas antisifilíticas no pagan ningún derecho de aduana, lo que permite venderlos a precios muy baratos. Y en todos los dispensarios establecidos contra enfermedades venéreas las drogas antisifilíticas se dan gratuitamente a quienes las solicitan. Es indudable que las personas pudientes no las van a solicitar.

Dr. COUTTS. Precisamente, como en la comisión había dos especialistas en la materia, yo sentí diferir en ese punto con el distinguido Delegado de Costa Rica. Estuvimos de acuerdo, al discutir esto, que a nuestros consultas vienen a veces mozos que están empleados y ganan 200 pesos mensuales, que tienen que vestirse correctamente, y con los 200 pesos no les alcanza sino para comprar dos o tres dosis de neo-salvarsán, y luego los absorben sus ocupaciones y sus actividades sociales y como ya no tienen ninguna manifestación y no disponen de dinero para comprar neo-salvarsán, no continúan su tratamiento. Precisamente siempre he sido un defensor de ellos. Nosotros protegemos al hombre pobre en todo sentido y nunca protegemos al hombre que tiene que andar con decencia, ganarse su pan y costearse todo. Esto es con el propósito de defender a nuestra juventud, que con los reducidos sueldos que percibe por lo general, que además de sus gastos indispensables tiene que pagar el médico y los medicamentos y, como bien ha dicho el Dr. Baliña, se han comprobado casos durante la guerra, de jóvenes que teniendo sífilis no han podido aplicarse "neosalvarsán" por su elevado precio. Esa razón nos inspira a nosotros al hacer esa proposición. En nuestra práctica como especialistas, observamos que la sífilis se adquiere en la juventud y son frecuentes los casos de personas de edad que tienen que curarse sífilis mal curadas cuando eran jóvenes. Durante la juventud es muy poco el dinero que hay para curarse; de ahí que nosotros insistamos en que el abaratamiento sea general, y ojalá llegue el día en que podamos distribuir "neosalvarsán" gratuitamente.

El Sr. PRESIDENTE. Aún hay muchos asuntos pendientes; de manera que les pido disculpa si algunas veces intervengo con el propósito de abreviar los debates.

Creo que en el concepto general, todos estamos de acuerdo. Lo que queremos es que se abaraten en todo lo posible los arsenicales y se haga su distribución gratuita en todos los dispensarios anti-venéreos. Podría redactarse el artículo en esa forma, suprimiendo todo lo demás. (*Asentimiento.*)

Habiendo entonces asentimiento, se va a votar en general. Se tomará la votación nominal.

Votan por la afirmativa las Delegaciones del Brasil, Uruguay, Argentina, Venezuela, Costa Rica, Paraguay, Honduras, Cuba, Ecuador, Perú, Panamá, Guatemala, Chile, México, República Dominicana y Colombia.

Dr. CUMMING (Estados Unidos). Como esa proposición encara ciertos puntos, sobre los cuales no nos creemos autorizados para expresar la opinión del país que representamos, nos abstenemos de votar.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Han votado 17 delegaciones: 16 por la afirmativa y 1 abstenida.

El Sr. PRESIDENTE. Queda sancionado en general.

En consideración en particular. Para no incurrir en pérdida de tiempo artículo que no sea objeto de observaciones, se puede dar por aprobado. (*Asentimiento.*)

En consideración la proposición 1ª.

Dr. HENRÍQUEZ UREÑA (República Dominicana). Propongo que en lugar de "aconsejar," se diga "recomendar." Por lo general, estas asambleas hacen más bien recomendaciones; no dan consejos.

El Sr. PRESIDENTE. Una vez votadas estas resoluciones van a la Comisión de Redacción, para darles forma. La comisión tendrá en cuenta esos detalles.

Dr. OBARRIO (Argentina). Yo propongo que en lugar de ". . . distintos países dictar leyes nacionales . . .," se diga ". . . distintos países dictar leyes . . ." solamente, pues es sabido que por el sistema político de federación o confederación, no se pueden dictar en determinadas materias, leyes que rijan todo el territorio. (*Asentimiento.*)

El Sr. PRESIDENTE. Queda aprobada la proposición con esas modificaciones.

Sin observación, se aprueba la proposición 2ª.

En consideración la proposición 3ª.

Dr. BEJARANO (Colombia). Yo he tenido oportunidad de ocuparme en mi país del certificado médico prenupcial. Abordo un punto cuya discusión no correspondería hacer en esta Conferencia, por estar contemplado el asunto en la Conferencia de Eugenesia; pero quiero llevar a conocimiento de la asamblea que por lo menos en mi país la adopción de ese sistema sería prácticamente imposible, aun con la restricción que se indica. Por mi parte, pienso que ésa es una legislación puramente idealista y teórica que no conduce absolutamente a nada por argumentos que sería muy extenso enumerar. Como higienista y del punto de vista práctico, indiscutiblemente me parece que hay instituciones, mejor que legislaciones, que dan verdaderos resultados, sobre todo del punto de vista educativo. Me refiero especialmente al establecimiento de consultorios y clínicas prenupciales. Esas instituciones las considero como elementos de verdadera eficacia preventiva en la difusión de las enfermedades venéreas por el matrimonio.

Por eso me permito someter a la consideración de la Asamblea la siguiente proposición:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda el establecimiento de consultorios y clínicas prenupciales, bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias en la campaña antivenérea.

En esa forma, el mismo departamento encargado de la lucha antivenérea, será el que establecerá una vigilancia constante para que el público no sea objeto de una explotación particular, llevando además la impresión en el público de que allí es donde conseguirá la mejor información, pues muchas veces por amistad u otros motivos, un médico particular puede dar un certificado de complacencia con una información errónea, ocasionando los perjuicios que es de imaginar.

El Sr. PRESIDENTE. De acuerdo con las disposiciones reglamentarias, corresponde votar primero el artículo propuesto por la comisión. Si fuera rechazado, se votará el propuesto por el Dr. Bejarano.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). La proposición del señor Delegado de Colombia no excluye la de la comisión. El proyecto dice que el certificado se limite a determinados casos y la proposición del señor Delegado de Colombia es en el sentido de que haya clínicas oficiales que lo extiendan.

El Sr. PRESIDENTE. Puede entonces agregarse al proyecto de la Comisión.

Ahora, me permitiría una objeción. Dice que deben depender de la lucha antivenérea. El examen prenupcial no interesa solamente desde el punto de vista venéreo, de manera que creo preferible no indicar de quién deben depender.

Dr. BEJARANO. Estamos de acuerdo.

El Sr. PRESIDENTE. Entiendo que hay asentimiento general para aceptar la proposición y el agregado, por lo que es innecesaria la votación. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Se pasará al punto 4°, que el señor Secretario leerá.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

4°. Debe ser obligación de los padres o tutores costear y cuidar la asistencia de los niños heredosifilíticos. Recomendar el estudio de la orientación sobre el contagio nutricio y adoptar medidas para la protección de la nodriza y del niño.

Dr. MIRANDA (México). Creo que la Conferencia no puede imponer obligaciones a los padres de familia.

El Sr. PRESIDENTE. No; el propósito es indicar a los Estados que deben hacer recaer esa obligación sobre los padres.

Dr. MIRANDA. Debe aclararse la redacción, porque no parece que dijera eso.

El Sr. PRESIDENTE. Dice "debe ser" y no "es" obligación de los padres. Es una especie de voto moral; cada país hará lo que crea conveniente.

Dr. COUTTS. La Comisión de Votos y Resoluciones se encargará de darle la redacción correspondiente.

El Sr. PRESIDENTE. Ya irá el voto a esa comisión.

Dr. MIRANDA. Pedía la aclaración para que se estableciera antes de votar el alcance de la proposición. Por la redacción parece que se establece una obligación para los padres de familia. Esa obligación debe traer aparejadas sanciones en caso de incumplimiento.

Dr. SCHIAFFINO. Creo que la proposición, en la forma que está redactada, va un poco contra el espíritu que ha determinado los otros votos de la Asamblea.

Yo entendería más bien que se hiciera una obligación del Estado proteger a la nodriza y a los niños nacidos sifilíticos y no que el Estado eche esa carga sobre los padres. La proposición habla de "costear" los padres, lo que está en contradicción con la proposición recién sancionada en el sentido de que se faciliten medicamentos antivenéreos gratuitamente o lo más barato posible.

El Sr. PRESIDENTE. Si ningún señor Delegado hace uso de la palabra, se va a votar. Nominalmente la primera parte.

Se practica la votación.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Han votado 13 Delegaciones por la negativa, 2 por la afirmativa y 1 se ha abstenido de votar.

Votaron por la negativa las siguientes Delegaciones: Brasil, Uruguay, Argentina, Venezuela, Costa Rica, Paraguay, Honduras, Perú, Panamá, Chile, México, República Dominicana y Colombia.

Votaron por la afirmativa las Delegaciones de Cuba y Guatemala.

Se abstuvo de votar la Delegación de Estados Unidos.

El Sr. PRESIDENTE. Queda rechazada la primera parte del artículo 4°.

La segunda parte presenta un error de redacción. No debe ser "estudio de la orientación sobre el contagio nutricional" sino "estudio sobre el contagio nutricional." (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Como hay asentimiento general, queda aprobada la segunda parte.

En consideración el artículo 5°.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

5°. Ningún documento oficial emanado de la legislación antivenérea servirá de base para la iniciación de juicios civiles o criminales.

Dr. SCHIAFFINO. Creo que este artículo plantea una cuestión muy seria. Si existe un documento oficial y si la legislación permite que se inicie un juicio por una relación venérea, cómo se rechazará el documento oficial? Yo creo que la Conferencia está entrando en un terreno muy peligroso desde el punto de vista legislativo.

Dr. COUTTS. El término "criminales" está mal incluido. El ánimo de la comisión fué que, como se está abriendo paso el delito de contagio venéreo, en cuanto se trate de matrimonio no aproveche el delito para explotar juicios de divorcio.

Dr. SCHIAFFINO. Eso habría que decirlo.

Dr. OBARRIO. Yo creo que si un cónyuge contagia al otro, éste tiene derecho a defenderse. Otra cosa que me parece también im-

portante es ésta: que no se exponga al médico que da un certificado o que hace una denuncia, a una acusación, porque eso sería peligroso.

El Sr. PRESIDENTE. Tengo entendido que la mente de esta proposición es que los enfermos atacados de males venéreos no tengan recelo de acudir a los dispensarios y establecimientos oficiales por el temor de que desde ahí se pueda dar, cuando los jueces la pidan, una información que los perjudique.

Dr. PAZ SOLDÁN. La redacción está oscura. En materia de legislación antivérea la única garantía sólida que tienen tanto el ejercicio honesto de la profesión como el beneficio de la salud pública, es la observancia estricta del secreto profesional. La legislación inglesa permite el nombre por iniciales, o que se diga simplemente "Mister X," y en todas las legislaciones el principio tiende a incorporarse; y ni aún en aquellas en que se castiga el delito de contagio jamás se hace la prueba por medio de las organizaciones de asistencia, porque eso sería su muerte. Indudablemente la legislación tiene que amparar a la persona que sufre un daño, a la que ha sufrido un perjuicio de su salud por el contagio de una enfermedad sexual, pero la prueba del hecho jamás debe ser suministrada por la organización de asistencia pública cuyo objetivo es precisamente amparar al enfermo en función de la salud pública y no la de servir de medio indirecto para su persecución o castigo.

Por las manifestaciones que se han hecho, creo que todos estamos de acuerdo en estos conceptos, de modo que estimo que se trata sólo de una cuestión de redacción, pues tal como está, se presta a interpretaciones variadas; y como en un debate de asamblea no habría forma de ponernos de acuerdo y correríamos el riesgo acaso de sacrificar toda la tarde, yo propondría que se den por aprobados aquellos votos que no susciten una sola resistencia, y los que no estén en esas condiciones, que pasen a la Comisión de Votos y Resoluciones para que sean redactados conforme a la opinión de la asamblea. Por lo pronto pasaría éste que tenemos a consideración. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Pasa entonces este voto a la Comisión de Votos y Resoluciones. Por lo demás, queda entendido que la comisión tiene facultad para cambiar la redacción de los votos aunque ellos no hayan tenido objeciones. (*Asentimiento.*)

Sin observación se aprueban luego las proposiciones 6°, 7°, 8°.

Al ponerse en consideración la proposición 9ª: "Recomendar que todos los médicos que egresen de las facultades de medicina sean competentes en venereología y que estén imbuídos de la función social que a este respecto les corresponde desempeñar."

Dr. PAZ SOLDÁN. El voto debe modificarse, porque tal como está redactado parece una censura a las Facultades de Medicina. Acaso sería más correcto decir que las Facultades de Medicina cuidarán

de dar una cultura especializada en lo que respecta a las enfermedades venéreas y a su importancia social.

Dr. BALIÑA. Ese es el propósito de la comisión, de manera que podría pasar a la Comisión de Votos para su redacción. (*Asentimiento.*)

Acto seguido se aprueban sin observación las proposiciones 10 y 11. Respecto a la proposición 12 dice

El Sr. PRESIDENTE. Eso no está claramente expresado. Pido al Dr. Coutts una explicación.

Dr. COUTTS. Esto tiene por objeto complementar la declaración y el tratamiento obligatorio, pues si no se identifica bien al individuo desde un comienzo puede dar el nombre y dirección que se le ocurra y no será posible al dispensario hacer la declaración de la inasistencia del enfermo si el nombre y domicilio que ha dado son falsos.

Dr. MIRANDA. Creo que no podemos entrar a hacer recomendaciones sobre cuestiones de detalle de legislación sanitaria. Está bien que se ocupe la Conferencia de recomendar un términos generales que se dicte una ley con un objetivo determinado, pero no vamos a poder recomendar que tal ley tenga en cada uno de sus incisos determinadas disposiciones.

El Sr. PRESIDENTE. Si se me permite una intervención muy breve, yo deseo decir que por mi parte entiendo también que no hay que descender a todos los detalles. Basta la recomendación de orden general, y cada Gobierno tomará, dentro de su ley, las disposiciones que crea necesarias para asegurar su cumplimiento.

Dr. COUTTS. Lo único que yo quería es señalar la dificultad, para que las nuevas leyes la prevean.

Dr. OBARRIO (Argentina). Bastará con que quede la constancia de esta deliberación que dará lo que en Derecho se llama el espíritu del texto legal.

Sin observación se aprueba la proposición No. 13.

En cuanto a las proposiciones Nos. 14 y 15 dice:

El Sr. PRESIDENTE. Conforme a lo acordado, quedan estas proposiciones como simples manifestaciones, sin tener el carácter de votos.

En discusión la cláusula 16.

Dr. PAZ SOLDÁN. Creo que ya se ha votado esto al resolverse sobre coordinación de servicios sanitarios, voto que comprende todas las diversas cuestiones sanitarias; de manera que, habiéndose votado ya esa conclusión, ésta resulta innecesaria.

Dr. BALIÑA. He sido, en la comisión, autor de esta moción, y me voy a permitir dar algunos ejemplos que van a ahorrar mayores argumentos.

Hay dentro de las ciudades grandes, como ésta, ligas o patronatos que tienen muy buenas intenciones de cooperar en la lucha antive-

nérea o antileprosa; pero se desentienden por completo, en la manera de orientar sus actividades, de las autoridades sanitarias oficiales, creando precisamente obstáculos a esa coordinación a que se refería el señor Delegado del Perú. Son entidades, institutos, ligas, patronatos, que no armonizan con la ley ni tampoco con el espíritu que reina en la dirección central sanitaria. Entonces, se ha propuesto este voto con el objeto de sentar de una manera explícita que, a los fines de la coordinación, debe haber una única autoridad, y ésa es la autoridad suprema de cada país, y que a ella están supeditadas todas las otras entidades, oficiales o no, ligas, patronatos, etcétera, que persiguen, por ejemplo, la campaña de profilaxis antivenérea, donde se hacen exposiciones o disertaciones que pueden o no estar dentro del espíritu que guía a la dirección central. Conviene que esas entidades no tengan la autonomía que en el hecho disfrutaban, a fin de que la autoridad sanitaria pueda tener ascendiente y dirección sobre ellas.

Ese es el sentido del voto: que todas esas entidades accesorias, ligas de ayuda social, etc., no procedan como ellas lo entiendan, sino sometidas a una dirección que es la dirección sanitaria única. Y es conveniente votar esto explícitamente, porque se dan en la práctica casos concretos que no puedo entrar a detallar.

Dr. PAZ SOLDÁN. Respetando el punto de vista del señor Dr. Baliña, creo que basta con el acuerdo ya votado sobre coordinación y temo que una asamblea de la composición de ésta, propicie una legislación contra la libertad. La libertad es la base del progreso, y muy a menudo la ciencia oficial nos ha orientado con un rumbo y hemos visto cambiarlo a su tiempo. No hubiéramos tenido un Pasteur, ni otros de su talla, si hubiera habido una asamblea con imperio que hubiera dicho: Sólo la autoridad sanitaria tiene derecho a orientar. Vale la pena meditar el voto, no sólo por lo que respecta a las enfermedades venéreas, sino en general. Basta con resolver el problema de la coordinación de los esfuerzos sanitarios, porque nadie tiene el monopolio del acierto, ni en ésta ni en otras materias.

Desde este punto de vista, planteo la cuestión de que el voto vuelva a estudio de la comisión y regrese al plenario después que sea debidamente meditado, para evitar que prediquemos la dictadura en América en materia de sanidad pública.

Dr. SCHIAFFINO. Sólo quiero decir, concordando con el señor Delegado Dr. Paz Soldán, que es éste un asunto de índole general y que no podemos colocarlo en un voto especial. Lo mismo sucedería con la lucha contra la tuberculosis y contra todas las demás enfermedades cuya profilaxis está confiada a las autoridades sanitarias. La cuestión es demasiado general para figurar en una de las especialidades de la Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. El Dr. Baliña no estuvo presente cuando se

discutió la cuestión coordinación. No conoce ese voto, que fué de carácter general. Sin embargo, ha pensado que en este punto particular conviene acentuarlo; pero me parece que procede, de acuerdo con lo que hemos convenido, que este asunto vaya a la Comisión de Votos y Conclusiones y venga de allí redactado.

Dr. OBARRIO. Creo que si el Dr. Baliña conociera cómo está redactado ese voto, no tendría ningún inconveniente.

Dr. BALIÑA. Me sitúo siempre dentro de un espíritu de amplísima libertad, y no puedo pretender que en ninguna forma se restrinja la libertad que debe en todo existir, y en la ciencia especialmente. Yo acepto, pues estoy de acuerdo con el espíritu que aquí impera y que acaban de manifestar los señores Delegados, que en el voto sobre coordinación esté englobado el que he propiciado, y no insisto, ya que la Comisión de Votos y Conclusiones se ha de ocupar de él.

Dr. MIRANDA. No es necesario un nuevo voto, porque se trata de un aspecto particular del voto ya emitido.

En mi país existe, en materia de educación higiénica en general—no de las enfermedades venéreas solamente—la obligación de que toda propaganda de educación higiénica deba ser aprobada previamente por la Dirección. Y toda propaganda en general. Nuestra intervención llega hasta evitar que pueda un fabricante de drogas, por ejemplo, hacer un anuncio por radio sin antes haber sido aprobado por la autoridad sanitaria; que no pueda anunciar en los periódicos sin antes haber sido aprobado su anuncio, porque todo anuncio entra en la educación higiénica, y tiene que ser aprobado. Si alguna cosa tiene especial importancia es la cuestión de educación higiénica hecha por instituciones particulares. Cuando se trata de difundir un conocimiento en el pueblo ignorante, se deben suprimir esas libertades que resultan libertinajes. Está bien que el Estado no tenga una ciencia oficial, pero tratándose de lo que ya va a llegar al pueblo, que no tiene criterio para discernir, el Estado debe vigilar qué es lo que se está enseñando al pueblo.

Dr. PAZ SOLDÁN. Se me permitirá que insista aunque moleste, ya que estamos jugando a la pelota y el que la recibe tiene derecho a devolverla.

Eso estaría bien si el Estado fuera Dios; pero siendo formado por hombres como nosotros, ya no cabe aquella doctrina del Estado omnipotente, que estará muy bien en el campo político, pero en el campo técnico sólo debe imperar la verdad científica.

En discusión la cláusula 17.

Dr. LIMA (Brasil). La Delegación del Brasil también entiende, señor Presidente, que el voto que se ha discutido implica una cuestión de carácter general ya resuelta en el voto sobre coordinación y que no es el caso de estar repitiendo un voto análogo respecto de la tuberculosis—por ejemplo—y de todas las demás enfermedades

que tratamos de combatir y en que cooperan las instituciones particulares.

En discusión la cláusula 18.

Sin observación, se aprueban las proposiciones 18 y 19.

Dr. COUTTS. Debería pronunciarse ahora la asamblea, si me lo permite el señor Presidente, sobre la proposición que hice relativa a la "linfogranulomatosis," y que dice así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los distintos países el estudio de la linfogranulomatosis venéreo.

Se aprueba la proposición.

Dr. MIRANDA. Pido la palabra. Para proponer el siguiente voto:

Recomendar la supresión de documentos de orden sanitario, relativos al ejercicio de la prostitución, que tengan el carácter de infamantes.

Explicaré brevemente el alcance de esta proposición. Naturalmente que para los países abolicionistas ella no tendrá ningún objeto, pero hay otros que tienen reglamentado el ejercicio de la prostitución, y es común se otorgue a las prostitutas libretas autorizándolas a ejercer esa triste profesión. Esas clásicas libretas, que se suponen de orden sanitario, son documentos de carácter infamante que deberían desaparecer. En nuestro país existía el sistema de la libreta, pero ha sido sustituido por la tarjeta de salud, igual a la que puede tener, por ejemplo, el obrero que maneja sustancias alimenticias. Esas tarjetas de salud no tienen otro objeto que constatar el estado de salud de la persona; las puede sacar cualquier persona. No tienen carácter de infamante. En cambio, si se exige que esas libretas las tengan las prostitutas, donde consta su carácter de tal, eso sí tiene el verdadero carácter de infamante. Esas libretas sólo tienen como consecuencia el aumento del clandestinaje y, por lo tanto, el aumento de personas que tratan de eludir toda acción sanitaria.

Dr. PAZ SOLDÁN. Juzgo que esa iniciativa, con redacción un poco variada, significará un gran paso en la lucha antivenérea en América. Es menester quitar a los documentos de sanidad otorgados a esas pobres mujeres que ejercen un comercio tan triste, su carácter infamante. La forma de redacción podría quedar a cargo de la Comisión de Resoluciones y Votos. El señor Delegado de México, con su voto, propicia una de las orientaciones más notables para la campaña antivenérea en América. Lo felicito muy cordialmente.

Dr. COUTTS. Apoyo decididamente la recomendación del Dr. Miranda, por ser una práctica que se sigue en Chile.

El Sr. PRESIDENTE. Si hay asentimiento, queda sancionado el espíritu, diríamos así, del voto, quedando encargada la Comisión de redacción de sus términos definitivos. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Habiendo terminado con las cuestiones referentes a la lucha antivenérea, el Dr. Morgan, de la Oficina Inter-

nacional de Higiene Pública, solicita a la Presidencia que someta a la consideración de la Asamblea la conveniencia de recordar a los países que aún no han firmado el llamado arreglo o convenio de Bruselas, sobre tratamiento de marinos en los puertos a que arriben, que lo hagan en la primera oportunidad. Como todos los señores Delegados saben, ese convenio tiene por objeto facilitar el tratamiento en cualquier puerto de los hombres que navegan, a cuyo efecto deberán llevar una libreta con las anotaciones correspondientes.

Dr. COUTTS. Por eso tiene importancia el voto que propusimos sobre la libreta. Por medio de ella queríamos llegar precisamente a esos acuerdos internacionales.

El Sr. PRESIDENTE. Podría formularse un voto expresándose que sería de desear que todos los países que no lo han hecho aún, suscriban el arreglo de Bruselas para el tratamiento internacional y adopten la libreta internacional de tratamiento. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. El Dr. Baliña desea proponer algunas resoluciones sobre lepra.

LEPRA

Dr. BALIÑA (Argentina). Seré muy breve. He redactado cuatro proposiciones sobre esta enfermedad, considerando innecesario fundarlas, ya que se explican por sí mismas. Espero serán sancionadas con el voto de todos. Dicen así:

1) Recomendar a los países americanos que tienen lepra y no la combaten sanitariamente, a que organicen cuanto antes la profilaxis pública antileprosa, y que ésta esté regida por una ley especial. Conviene que tales leyes faculten y estimulen la coordinación y cooperación de la lucha antileprosa con otros países.

2) Recomendar el aislamiento de los enfermos con lepra abierta, en establecimientos adecuados, o en sus propios domicilios, y el tratamiento en dispensarios para los casos de lepra cerrada.

3) Reiterar la declaración de que los asilos-colonias para leprosos, no ofrecen peligro de contagio para las poblaciones, aunque estén ubicados a corta distancia de ellas.

4) Recomendar la conveniencia de centralizar la dirección de la lucha antileprosa. Puede estar ella vinculada con la lucha antivenérea.

En cuanto a la tercera proposición, es sabido que las autoridades sanitarias eligen sitios adecuados para el emplazamiento de los asilos-colonias. El público por lo general tiene terror al contagio, y es necesario convencerle de que no debe temer la proximidad de esos asilos-colonias.

En lo que se refiere a la última proposición, puede convenir que la lucha antileprosa esté vinculada a la antivenérea.

El Sr. PRESIDENTE. Si se acepta el espíritu de esas proposiciones, pasarán a la Comisión de Redacción para darles forma definitiva. (*Asentimiento.*)

Dr. BEJARANO (Colombia). Propongo un agregado sobre lepra y que consiste en lo siguiente:

Recomendar a los gobiernos que, como base de profilaxis de la lepra, incluyan en sus legislaciones, si en ellas ya no estuviera prevista, la prohibición del matrimonio entre enfermos y sanos.

En nuestro país existe una ley que legisla sobre lepra, la que considero perfecta, y de la cual tengo en honor de ser autor. Sin embargo, la cuestión del matrimonio entre enfermos y sanos se ha prestado a algunas controversias, no del punto de vista científico, en lo que todos estamos de acuerdo, sino en cuanto a su interpretación y a la forma en que están organizados nuestros leprocomios. Me parece que un voto de la Conferencia Sanitaria Panamericana en el sentido que propongo, tendrá una fuerza moral indiscutible para dar carta de ciudadanía a esa idea, a fin de que pueda penetrar y se cristalice prácticamente en todas las legislaciones.

El Sr. PRESIDENTE. En consideración el agregado propuesto. (*Asentimiento general.*)

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. LLOYD (Estados Unidos). Deseo presentar a la consideración de la Asamblea el proyecto de Reglamento de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se trata de un trabajo muy completo y que sin duda ha de merecer la aprobación de esta Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. Pasado mañana podemos tratar el reglamento de la Oficina Sanitaria Panamericana. Debemos votar al mismo tiempo la composición de dicha Oficina que, como es sabido, cambia después de cada reunión. El objeto de la postergación es que los señores Delegados puedan enterarse de las disposiciones del proyecto.

Podemos continuar con los otros temas pendientes.

El Dr. Núñez, Delegado de Costa Rica, desea hablar sobre el tema del ofidismo.

OFIDISMO

Dr. NÚÑEZ. Le cedo la prioridad en el uso de la palabra al Prof. Houssay, que desea hablar sobre el mismo asunto.

El Sr. PRESIDENTE. Como es la hora en que habitualmente pasamos a intermedio, podríamos suspender la sesión para reiniciarla de inmediato escuchando la interesante exposición que hará el Dr. Houssay. (*Asentimiento.*)

Así se hace, siendo las 18 y 15 (6:15 P. M.) horas.

A las 18 y 45 (6:45 P. M.) horas.

El Sr. PRESIDENTE. Continúa la sesión. Tiene la palabra el Delegado de la Argentina, Prof. Houssay.

Dr. HOUSSAY. En la República Argentina la distribución de las especies de serpientes ponzoñosas es aproximadamente la siguiente: la *Bothrops alternata* es la más común, la más diseminada también. Se encuentra en la región del litoral, y penetra a ciertas provincias vecinas. Se extiende esta especie hasta el Delta del Paraná, Pro-

vincia de Buenos Aires y hay pequeños focos en algunas otras regiones del país. Le sigue en cantidad la *Bothrops newwiedii*, que se encuentra en una zona de Corrientes, Santa Fé y provincias del interior, en zonas áridas y secas. También hay un poco en la provincia de Córdoba. El *Crotalus terrificus* tiene una distribución análoga a esta especie que acabo de mencionar, pero mucho menos frecuente quizá en la zona de Formosa y del Chaco.

Esas son las principales especies. En Misiones se ha encontrado alguna "parará," pero muy raramente. Por consiguiente la profilaxis se hace contra las tres especies indicadas, y los sueros también. El Instituto Bacteriológico fabrica un suero polivalente contra las especies que acabo de mencionar.

La fabricación de suero antiofídico fué iniciada en el Instituto Bacteriológico en el año 1917 siendo director del mismo el Prof. R. Kraus, creándose al efecto una Sección, dirigida por mí, encargada de gestionar el envío de serpientes desde poblaciones del interior y extraer de los ofidios recibidos el veneno necesario para la inmunización de los animales productores del suero, tarea esta última que fué realizada, como las demás similares, en la Sección de Sueroterapia, entonces bajo la dirección del Prof. Alfredo Sordelli.

En un comienzo las serpientes se conseguían enviando en canje suero antiofídico o jeringas para inyecciones, pero la disminución en el número de animales recibidos en los años 1924-1925 y las necesidades crecientes en veneno, movieron a considerar conveniente el bonificar en dinero el envío de las mismas, bonificación que se fijó en forma relativamente alta e igual para todas las especies.

Se consideró también conveniente proceder en forma periódica a la colocación de avisos en las estaciones de ferrocarril de las regiones donde existen ofidios, avisos que invitan a remitir serpientes al Instituto y que se colocan por intermedio de los mismos ferrocarriles.

La recepción de cantidades grandes de serpientes fué el resultado de esas medidas, lo que indujo a disminuir para unas especies y aumentar para otras la suma que se bonificaba por animal, de acuerdo al número de las recibidas y a las necesidades en veneno del Instituto.

Hoy día las condiciones que rigen para la gratificación de las serpientes son las siguientes:

Por cada ejemplar de *Crotalus terrificus* (Cascabel) cinco pesos m/n o una ampolla de suero antiofídico, de valor cuatro pesos o una jeringa para inyección del mismo.

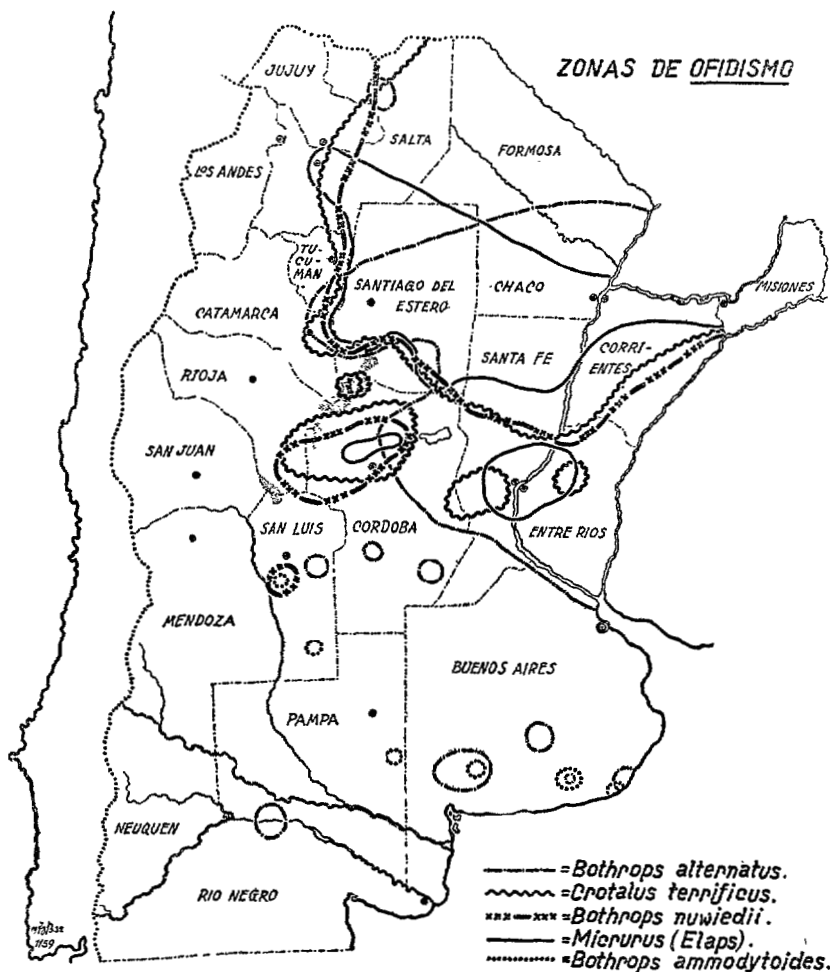
Por cada tres ejemplares de *Bothrops (Lachesis) alternata* tres pesos m/n una ampolla de suero antiofídico, de valor cuatro pesos o una jeringa para la inyección del mismo.

Las mismas gratificaciones que para los ejemplares de *Bothrops alternata*, rigen para los de *Bothrops newwiedii*, *Bothrops ammodytoides* y del género *Micrurus (Elaos)*.

Además de los avisos mencionados y de la costumbre que existe actualmente, en muchas comarcas de cazar serpientes y remitirlas

al Instituto Bacteriológico, estos envíos se ven favorecidos por la propaganda efectuada en algunas escuelas por iniciativa propia de los maestros.

INSTITUTO BACTERIOLOGICO - DEL DEPARTAMENTO N. de H.



Algunos ferrocarriles y empresas de navegación han facilitado también la recepción de ejemplares, al transportar libre de flete los recipientes conteniendo serpientes.

El mismo Instituto remite a quien lo solicite, libre de porte y gratuitamente, instrucciones para la caza de esos animales y envases cómodos que permiten su envío desde largas distancias.

En la fecha hay más de 2,400 de esos envases repartidos en el territorio de la República en manos de personas que con más o menos regularidad remiten serpientes.

Las serpientes remitidas se mantienen en compartimientos de una construcción especial para tal fin que existen en el Instituto Bacteriológico. A pesar de las tentativas efectuadas para alimentarlas, estos animales rehusan comer en cautividad y suelen morir en un plazo de cinco o seis meses. La extracción de ponzoña se realiza a la llegada de las serpientes y luego quincenalmente en los meses de verano y en forma más espaciada, de alrededor de un mes, en el invierno.

El veneno se seca inmediatamente a vacío, en frío y se conserva en tubos cerrados de los cuales se ha eliminado el aire. Para emplearlo en la inmunización el veneno se disuelve en solución fisiológica y se filtra para eliminar los gérmenes que suele contener. La inmunización se hace en la forma habitual empleando dosis crecientes de ponzoña. En un comienzo sólo se utilizaban los venenos de *Cr. terrificus* y de *B. alternata* obteniéndose un suero bivalente para esos dos tipos de ponzoña, pero la circunstancia que el suero así obtenido era de muy poco valor antitóxico para el veneno de *B. newwiedii* y la posibilidad de obtener veneno de esta especie en la cantidad necesaria movió en 1928 a proceder a la inmunización de los caballos con esta ponzoña, obteniéndose así un suero antiofídico trivalente, capaz de neutralizar la acción de los venenos de las tres especies de serpientes de mayor difusión en el país.

La producción de un suero trivalente y no de tres sueros distintos, está además justificada por la circunstancia que en general las personas mordidas por serpientes en regiones del país donde existe más de una especie, no son capaces de afirmar de cuál se trata.

SERPIENTES RECIBIDAS

	1925	1926	1927	1928	1929	1932	1933	1934 10 m.
<i>Crot. terrificus</i>	166	278	395	620	484	521	745	1.088
<i>B. alternata</i>	169	541	692	792	2.405	1.697	956	501
<i>B. newwiedii</i>	126	285	598	838	153	503	333	522
<i>B. ammodytoides</i>	19	3	67	63	23	38	5	6
<i>Micrurus</i>	11	52	65	73	44	24	31	10

PONZOÑA EXTRAIDA (en gramos)

	1932	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934 10 m.
<i>Crot. terrificus</i>	24.5	14.5	20.5	21.5	27.3	39.8	32.7	22.8	26.4	41.7	41.7	56.7
<i>B. alternata</i>	22.5	28.6	22.7	51.4	75.7	85.7	297.8	45.8	129.5	213.9	84.4	38.0
<i>B. newwiedii</i>				25.	24.5	37.4	40.6	12.1	26.1	24.9	1.15	17.0
<i>B. ammodytoides</i>				1.6	1.6	1.4	1.2				1.1	
<i>Micrurus</i>				0.02	0.05	0.12	0.25					0.1

Desde 1926, el suero antiofídico que antes se distribuía en su mayor parte sin concentrar ni purificar, se concentra y purifica por precipitación de la fracción de globulinas, expidiéndose en un envase único de 20 cc. conteniendo un producto más activo que el original desde que 0.6 cc. de este suero concentrado deben ser capaces de neutralizar 2.5 mg. de ponzoña de *B. alternata*, y 0.8 cc. del mismo deben neutralizar 0.4 mg. de ponzoña de *Cr. terrificus*.

De las arañas, en el año 1915 y 1916, me ocupé con mucho interés. Es un tema que casi podría decirse sudamericano, en el sentido de que se han hecho la mayor cantidad de trabajos al respecto en la América del Sud; pero tropecé con dificultades para la clasificación zoológica de las arañas así como de las serpientes, tanto que mandé un cargamento a Francia que tuvo dificultades para llegar, pues era en tiempo de la Guerra y fué atajado por los submarinos alemanes. Por esas dificultades que tuve con las clasificaciones abandoné los estudios sin haberlos luego, podido completar. Pero Vellard, quien trabaja en São Paulo, me ha mandado un voluminoso trabajo y me anuncia la publicación de un libro en el cual relata su experiencia muy grande. Vellard ha estudiado más de 150 especies y además ha recogido datos clínicos; y si bien los informes clínicos acusarían 5 ó 6 especies peligrosas, hay realmente dañinas la famosa *Latrodectus mactans* que existe en toda la América del Sur y del Norte, la *Etenus nigrienter*, de la cual Vellard dice que ha recogido 34 casos y la *Lycosa raptoria*, de la cual ha recogido 36. La profilaxis contra estas especies es imposible. La posibilidad de defensa contra ellas está, pues, en el tratamiento, que, como en el caso de las serpientes, es tratamiento a base de suero que es el que da el mejor resultado. Los sueros usados son sueros específicos contra cada una de las especies nombradas.

Como corolario de lo expuesto propongo el siguiente voto:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda a todas las naciones americanas el estudio zoológico y de distribución geográfica de las serpientes, arañas y escorpiones, así como la investigación farmacológica e inmunológica de sus ponzoñas, con el fin de organizar la profilaxis y de preparar antisueros específicos.

En la X Conferencia se dará cuenta de los trabajos realizados.

Dr. NÚÑEZ. En Costa Rica hay una ley de protección contra el ofidismo, la cual posiblemente no es tan mala, porque en un Congreso de Biología, Afranio do Amaral la recomendó como un ejemplo a seguir por todos los países donde haya serpientes venenosas, que son todos los de América desde luego; unos más, otros menos, pero todos tienen. En todos los países son muchas las víctimas de las serpientes venenosas. Lo que pasa es que estas víctimas son pobres gentes del campo, campesinos, trabajadores labriegos, cuyos ecos no llegan hasta la ciudad, de tal manera que pasan inadvertidos. Fué por este motivo que dimos una ley contra el ofidismo que está en un libro, del que voy a tener el placer de enviar a cada uno de los señores Delegados un ejemplar. Esta ley fué hecha cuando la actual Secretaría de Salubridad era aún una subsecretaría.

Lo fundamental en esta ley es que obliga a los finqueros a tener equipos de suero contra mordeduras de culebras, así como también es obligatorio tener esos equipos en las estaciones de ferrocarril, en los hospitales y en los municipios.

Los efectos han sido verdaderamente notables. Hubo meses en mi país en que más de 11 personas murieron a consecuencia de

mordeduras de serpientes venenosas, y aunque eso fué excepcional, 1 o 2 víctimas por mes, eran casos frecuentes. La distribución del suero que fabrica el Instituto Butantam y que se obsequia a los trabajadores, ha terminado con ese flagelo.

Yo tengo también un voto que proponer, y que había convenido con el Prof. Houssay refundir con el suyo. Dice así:

“La Novena Conferencia Sanitaria recomienda a los gobiernos de los países donde las serpientes venenosas constituyen un peligro, dictar leyes de protección para los trabajadores del campo, que obliguen a los finqueros a tener sueros específicos antiofídicos.”

Y para terminar, podría servir acaso como un instante de reposo la exhibición de una película sobre este tema, que yo he traído de mi país.

Se exhibe una película.

Las ley, a que me he referido, es la siguiente:

CONSIDERANDO:

- 1°. Que el número de víctimas que causan anualmente las serpientes venenosas es relativamente alto, dada nuestra densidad de población.
- 2°. Que ordinariamente estas víctimas son las más laboriosas y necesitadas de nuestras gentes.
- 3°. Que la inmensa mayoría de los remedios preconizados contra las mordeduras de serpientes, no son sino farsa y charlatanería de comerciantes sin conciencia.
- 4°. Que el tratamiento serológico aplicado científicamente salva prácticamente la totalidad de las víctimas.
- 5°. Que es deber ineludible del Estado desterrar en cuanto sea posible las prácticas a base de empirismo, especialmente en casos tales como los de mordeduras de serpientes venenosas en los que el tiempo útil para salvar una vida se cuenta por minutos y que debe en cambio difundir los medios seguros de lucha contra el ofidismo.

DECRETA:

Artículo 1°. Queda prohibida en el país la venta de talismanes anunciados como protectores contra la mordedura de serpientes y también de drogas y objetos curativos que no sean autorizados por la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, los cuales indicará ésta al ejecutar la presente ley.

Art. 2°. Todo finquero o dueño de explotación agrícola o minera ubicada fuera de la altiplanicie central y siempre que ocupe más de diez barceros a la vez, queda obligado a mantener, en ese lugar, al menos cuatro frascos de suero antivenenoso preparado contra veneno de serpientes de nuestras regiones, y el instrumental necesario para su aplicación, junto con el correspondiente equipo.

Art. 3°. La Subsecretaría de Higiene y Salud Pública publicará mensualmente en dos de los principales diarios la lista de finqueros que se hayan provisto de los sueros necesarios para garantizar la vida de sus peones. Para establecer esta lista, boticas y centros expendedores de sueros estarán obligados a comunicarlo mensualmente a la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública.

Art. 4°. En cada hospital de capital de provincia habrá en depósito constante no menos de 12 frascos.

Art. 5°. La Subsecretaría de Higiene mantendrá por su cuenta un depósito de sueros en las Medicaturas de Pueblo, en algunas Jefaturas Políticas y estaciones de ferrocarril y en los Resguardos fiscales, y el equipo respectivo.

Art. 6°. La Subsecretaría de Higiene y Salud Pública renovará gratuitamente los equipos que fueren empleados en personas pobres, al solicitarlo la autoridad respectiva y los gastos serán cargados a la partide de “Drogas”.

Art. 7°. Los conductores de ferrocarril están obligados a recibir en su tren, a todo mordido de sepiente y a un acompañante suyo para ser conducidos al

lugar donde pueda recibir tratamiento. Los gastos de traslado serán pagados al ferrocarril por la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública.

Art. 8°. La Subsecretaría de Higiene y Salud Pública editará folletos y otros impresos ilustrativos relacionados con el ofidismo y su tratamiento, incluyendo siempre copia de la presente ley.

Art. 9°. Cuando un bracero (de cualquier edad o sexo), falleciera a causa de mordedura de serpiente, recibida durante el trabajo de una finca o explotación rural de cualquier índole que sea, cuyo dueño o jefe carezca del depósito local de sueros, debidamente constatado según el artículo 3°, queda obligado a pagar a los deudos de la víctima, durante un año consecutivo, un sueldo diario igual al que ganaba el bracero cuando ocurrió el accidente.

Art. 10°. Las otras infracciones a la ley, tendrán como sanción la publicación que hará la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública de los hechos ocurridos, además de las que expresamente les asigne, en su caso, el Código Penal.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Quiero dejar pública constancia de mi profundo agradecimiento al Dr. Núñez, pues ha tenido la particular deferencia de obsequiar la película que acaba de exhibir al Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas que dirijo, lo cual significa un valioso aporte al material que posee dicho Instituto para la enseñanza de sus alumnos.

El Sr. PRESIDENTE. Hallándose presentes Delegados en un número superior a los dos tercios de la totalidad de sus miembros, pido a la Asamblea se pronuncie sobre las conclusiones producidas en fiebre amarilla, que no pudieron votarse hoy. Si fueran aprobadas, pasarán a la Comisión de Redacción para darles forma definitiva, de lo que se dará cuenta a la Asamblea oportunamente. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Tiene la palabra el Dr. Houssay, que la había solicitado para fundar un breve voto.

Dr. HOUSSAY. Aunque parezca inocuo el voto que voy a presentar, lo reputo de gran importancia práctica.

FARMACOPEAS

Todos saben que hay tendencia mundial a unificar lo relativo a la Farmacopea. Ese anhelo se ha estado expresando constantemente en diferentes congresos, y el mismo presidente de la Comisión de Farmacopea Americana pidió en el año 30 se estableciera una Sección de Farmacopea en la actual Conferencia Sanitaria Panamericana. Me parece que lo más práctico para llegar progresivamente a la unificación de las farmacopeas, no es precisamente adoptar una resolución categórica—por otra parte difícil porque aquí no hay delegados especializados en esta materia, y además no sabemos cómo se recibirían esas resoluciones—sino más bien establecer un íntimo contacto entre las distintas comisiones de farmacopea, a fin de ir concretando las conclusiones a que se lleguen. En esa forma cada comisión tendrá en cuenta lo efectuado en las demás, y en poco tiempo se llegará a la unificación de los principios generales. Por eso propongo el siguiente voto:

Que la Oficina Sanitaria Panamericana establezca relaciones entre las Comisiones Nacionales de las Farmacopeas Americanas para que puedan

efectuar trabajos en colaboración y reúna y distribuya los anteproyectos e informes de las comisiones revisoras, con el propósito de que se llegue paulatinamente a la unificación de dichas Farmacopeas.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). La proposición del Dr. Houssay estaría relacionada con lo resuelto en la Séptima Conferencia Internacional reunida en Montevideo el año pasado. Es coincidente. Yo iba a formular un voto en ese mismo sentido, de tal manera que se podría adoptar una resolución en conjunto.

Dr. HOUSSAY. Siendo concordantes y no excluyentes, podrían tratarse ahora.

Dr. GONZÁLEZ. La resolución referente a drogas aprobada el 22 de Diciembre de 1933 por la Séptima Conferencia Internacional Americana celebrada en Montevideo, dice así en la parte pertinente:

Sugerir que se establezca, de modo parcial y progresivo, la uniformidad de tipos y patrones panamericanos sobre alimentos y drogas a fin de facilitar el intercambio comercial entre los diversos países, sin atentar contra los intereses sanitarios de los mismos. Esta uniformidad de patrones y tipos deberá ser estudiada por la Oficina Sanitaria Panamericana y discutida a fin de ser adoptada en las próximas Conferencias Sanitarias Panamericanas.

El Sr. PRESIDENTE. En realidad, se trata de una resolución de la Séptima Conferencia que se trae a la actual para su realización por la Oficina Sanitaria Panamericana.

La Presidencia entiende que hay asentimiento general. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Para terminar con el asunto de farmacopea y estupefacientes, quiero recordar a la Conferencia, que la Séptima Conferencia Internacional de Montevideo sancionó ya una resolución relativa a estupefacientes que nosotros, por consiguiente, no necesitamos discutir sino simplemente conocer. Por eso, me permito rogar al señor Secretario que dé lectura de esa resolución.

El Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (leyendo):

La Séptima Conferencia Internacional Americana, Resuelve:

1. Recomendar a todos los países del continente que prohíban la importación y venta en cantidad que exceda las verdaderas necesidades de cada país, del opio y sus derivados y otras drogas estupefacientes o cualquier otra sustancia que produzca hábitos viciosos;

2. Recomendar a los países que aún no han ratificado la Convención de Ginebra de 1931 que lo hagan dentro de breve plazo, a fin de iniciar esfuerzos cooperativos internacionales con idénticas bases y orientaciones;

3. Recomendar la represión con todo rigor del tráfico ilícito de dichas sustancias, dentro de la medida de cooperación internacional adoptada en los tratados pertinentes y con todos los medios de que puedan disponer los distintos países para reprimir el contrabando, comunicando a la Oficina Sanitaria Panamericana la lista de los traficantes ilícitos, los sindicatos ó procesados por estas, para que la misma Oficina los haga conocer a todos los países de la Unión Panamericana;

4. Recomendar, además, que los países de América, cuando lo permitan sus leyes internas, instituyan el monopolio del Estado para la venta de las drogas nocivas que producen hábitos viciosos;

5. Que, cuando sea posible, limiten a un solo puerto la importación de dichas drogas, a fin de facilitar y hacer más eficiente la fiscalización aduanera;

6. Que realicen una fiscalización rigurosa, de acuerdo con leyes internas eficaces, sobre el consumo interno de las mismas drogas en sus aplicaciones medicinales;

7. Que los toxicómanos, en la legislación de cada país, no sean considerados en la misma categoría de los delincuentes comunes, sino como casos patológicos que exigen una asistencia especial del Estado;

8. Que a objeto de que las disposiciones restrictivas del tráfico ilícito puedan llegar a un resultado más eficiente, cada país procederá a sancionar una legislación penal severa, sustituyendo el viejo é inocuo sistema de las multas, por el más eficaz y aleccionador de las penas corporales;

9. Que por intermedio de sus centros de enseñanza, las naciones propenderán a una amplia difusión científico-educativa tendiente a llevar a todos los espíritus la noción precisa del peligro de los tóxicos en su triple acción física, psíquica y moral.

Dr. PAZ SOLDÁN. Ese es un asunto sancionado y concluído en la Séptima Conferencia realizada en Montevideo y no puede ser materia del conocimiento de la presente Conferencia. Como un acto de cortesía de la presidencia a la Delegación uruguaya, está muy bien que se haya leído, pero no procede ni siquiera su incorporación a nuestras actas, porque es un asunto concluído.

El Sr. PRESIDENTE. Es un asunto concluído, pero como interesa a la Conferencia y a la Oficina Sanitaria Panamericana, he pedido su lectura.

Dr. MIRANDA. Respecto a las drogas en general deseo someter a la Conferencia este voto:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda la adopción de leyes que establezcan el registro y la certificación de medicinas y de patentes de especialidades.

Algunos países americanos, como Venezuela y Chile, ya tienen leyes en ese sentido, pero no todos, como sería de desear.

Creo que paralelamente a la lucha contra el charlatanismo es necesario realizar una lucha contra las medicinas y especialidades que no sean estrictamente científicas. Ese es el objeto del voto propuesto. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Como hay asentimiento general, queda aprobado el voto propuesto por el señor Delegado de México.

Dr. MIRANDA. Deseo proponer a la Conferencia este otro voto:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda se sigan con todo cuidado los resultados en América de las diversas convenciones internacionales sobre estupefacientes.

Dr. PAZ SOLDÁN. El alcance del voto que presenta la Delegación de México y que nosotros apoyamos, es pedir a las respectivas autoridades de sanidad que estudien los efectos en América de las convenciones internacionales sobre estupefacientes. Se trata simplemente de una recomendación de estudio para presentar las conclusiones en la próxima Conferencia.

El Sr. PRESIDENTE. Se trata de una recomendación de estudio. Creo que no puede haber inconveniente. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Mañana a las tres de la tarde continuaremos la sesión plenaria. Queda levantada la sesión.

Es la hora 19 y 15 minutos (7:15 P. M.).

OCTAVA SESION PLENARIA

MIERCOLES 21 DE NOVIEMBRE DE 1934

15 y 20 horas (3:20 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión.

De acuerdo con lo que convinimos ayer, mañana por la mañana trataremos todo lo que se relaciona con la Oficina Sanitaria Panamericana—aprobación del reglamento, nombramiento del nuevo Consejo Directivo, etc.—además del Código Sanitario y Convención sobre Navegación Aérea. Vamos a comenzar hoy con “Lucha contra la mortalidad infantil; protección de la infancia y de la maternidad.”

Invito al Presidente de la Delegación del Perú, Dr. Paz Soldán, a ocupar la Presidencia de Honor.

MORTALIDAD INFANTIL

Sr. GOMENSORO (Uruguay). Voy a tratar de ser lo más breve posible acerca del trascendental tema de la mortalidad infantil, señalando, simplemente a manera de sugerencias, lo que acontece en nuestro país, que es conocido especialmente en la Argentina y particularmente por el Presidente de esta Conferencia, Dr. Gregorio Aróz Alfaro, en su carácter de Presidente del Instituto de Protección a la Infancia y de observador de nuestras cosas.

Es interesante consignar lo siguiente: Que siendo el Uruguay un país de unidad racial absoluta, de condiciones climáticas idénticas, sin tener ninguna de las causas que en todos los otros países de América, por lo menos en alguna de las regiones, influyen directamente como causa de mortalidad, la mortalidad infantil en nuestro país es de 110 a 112 por mil, habiéndose mantenido esta cifra, a pesar de los esfuerzos constantes realizados por los organismos técnicos en la lucha contra esta capitalísima cuestión social.

Y las conclusiones últimas a que se ha llegado y que son de interés, son las siguientes: 1º, que la causa directa de nuestra mortalidad infantil radica más que nada en la falta de educación sanitaria del pueblo; 2º, que es la mala vivienda, la vivienda inapropiada, el factor social por excelencia en lo que respecta a las causas de mortalidad infantil en nuestro ambiente, ya que la profilaxis de las enfermedades respiratorias, de los trastornos gastrointestinales, etc., gracias a la existencia de gran número de médicos, a la creación reciente del cuerpo de visitadoras y a la propaganda que constantemente se realiza, ha mejorado grandemente.

La cuestión de la vivienda ha merecido de parte del Ministerio de Salud Pública un estudio especialísimo que se realiza actual-

mente en Montevideo, que es el censo de la vivienda. Para no abusar de la atención de los señores delegados, explicaré en la forma más breve posible cómo se realiza este censo de la vivienda. Su finalidad es, a base de los datos generales y particulares que se llevan en cada ficha, proponer, con la construcción de nuevas viviendas, soluciones concretas para la lucha contra la mortalidad infantil y para la lucha contra la tuberculosis. El censo se realiza con sujeción a un plan armónico a base de arquitectos y de visitadoras, realizándose el estudio de la vivienda bajo el punto de vista urbanístico, es decir colocación de la vivienda en cada barrio de la ciudad, desde el punto de vista arquitectónico y sanitario y desde el punto de vista de las condiciones de vida económicas e higiénicas de los habitantes, tarea ésta a cargo de las visitadoras. El Ministerio de Salud Pública de mi país espera que, una vez realizado este censo de la vivienda y propuestas las soluciones en consonancia con las observaciones que se realicen, será posible esperar un descenso de la mortalidad infantil.

Otra cuestión que también preocupaba al Ministerio de Salud Pública era la coordinación, pues hasta ahora las obras de protección a la infancia, a pesar de ser muy vastas, eran inconexas y es así como se ha visto que mientras instituciones públicas y privadas realizaban en determinados barrios, ciudades o pueblos una obra muy perfecta, otros resultaban totalmente abandonados. Hoy, de acuerdo con lo que estatuye la ley de 12 de enero de 1934 y el Código del Niño, estableciendo la protección integral a la infancia, se consigue lograr una cierta unidad bajo la supervisión del Estado, de tal manera que toda obra de protección a la infancia y lucha contra la mortalidad infantil, sea nacional, municipal o privada, está dirigida, orientada y controlada por el Estado.

Como me dirijo a un público doctísimo, me parecería una redundancia referirme a las otras causas de mortalidad, y he querido señalar solamente estas dos que, según lo entienden las autoridades de salud pública de mi país, son las que deben atacarse, por lo cual se espera una reducción de la mortalidad infantil mediante el mejoramiento de la vivienda y la formación de la conciencia sanitaria del pueblo. Mientras eso no se haga, la mortalidad subsistirá, pese a toda la preparación de los médicos y pese a la organización de los servicios de protección a la primera infancia, que están muy bien organizados en nuestro país y que han merecido de técnicos extranjeros la más calurosa aprobación.

Dr. COUTTS (Chile). En mi país, desde el año 1931, la defensa de la madre y del niño constituye una ley del Estado. El Código Sanitario, en el Libro II, Título II, entrega la vigilancia de todas las obras referentes a la protección a la madre y al niño a los servicios nacionales de salubridad pública. En las disposiciones de nuestro Código Sanitario, que constituyen una legislación avanzada

en el sentido de la defensa de la madre y del niño, se contemplan medidas cuyo alcance son de una importancia inmensa, especialmente en cuanto se refiere a la lactancia mercenaria y a la defensa de las nodrizas que se emplean para ganar el sustento.

Voy a permitirme, antes de referirme a la Ley de Seguro Obligatorio, leer esta disposición de nuestro Código Sanitario, que me parece interesante, artículo 44, Libro II, Título II:

La leche materna es de propiedad exclusiva del hijo. En consecuencia, la madre está obligada a amamantarlo por sí misma hasta la edad de cinco meses, salvo causa justificada. No podrá ella amamantar niños ajenos mientras el suyo no haya cumplido dicha edad, salvo que un certificado médico de aptitud la habilite para la crianza simultánea de su hijo y de un segundo niño.

Me he permitido leer este párrafo de nuestro Código Sanitario, porque creo que es una novedad en el sentido de la defensa de la madre y del niño.

En cuanto a la legislación obrera sobre la defensa de la madre y del niño, nosotros nos hemos preocupado de legislar principalmente desde el comienzo de la gestación hasta que el niño puede valerse por sí mismo. En este sentido, la Ley de Seguro Obligatorio establece una bonificación para la madre, que puede retirarse un mes antes de su parto, con salario completo; y después de su gestación realizada, después de su parto, esa madre tiene un mes más de descanso, también con salario íntegro, y continúa protegiéndola la Ley de Seguro Obligatorio en el sentido de darle durante el primer año una bonificación constante, para el mantenimiento de una buena alimentación de la madre que redundará en beneficio de la lactancia de su hijo. Y esto se controla, porque la madre debe llevar al niño periódicamente a los servicios, donde se ve si en realidad esa mujer está destinando el dinero que se le da como bonificación, para alimentarse y así poder alimentar a su hijo.

En esta forma, y con la legislación amplia que tenemos para la defensa de la madre y del niño, hemos logrado, conjuntamente con otras medidas sanitarias que sería inoficioso que señalara aquí a un auditorio tan distinguido y docto en la materia, disminuir nuestra mortalidad infantil, que hasta no hace mucho era realmente una vergüenza para nuestro país. Hoy día podemos levantar nuestra frente alta y decir que hemos laborado intensamente en defensa de la madre e indirectamente en la del niño en cuanto se refiere a mortalidad infantil. Hoy día podemos considerarnos más o menos a la altura de los países donde se han logrado excelentes resultados en este sentido.

Sr. GOMENSORO. Quiero decir solamente dos palabras sobre una cuestión que ha señalado el señor Delegado de Chile.

Lo que acaba de manifestar el señor Dr. Coutts es bien interesante; pero me permito recordar, respecto de la disposición a que se ha referido del Código Sanitario de Chile que establece la obligación de la madre de amamantar a su niño durante los cinco prime-

ros meses, que—como lo sabe el señor Presidente, que conoce bien la organización uruguaya—desde el año 1917, en la República Oriental del Uruguay existe la obligación de la madre de amamantar a su hijo hasta los seis meses. Y con todo, si el resultado obtenido en el primer momento fué realmente extraordinario, cuando se llegó a la cifra de 110 por mil, que he citado, esa medida dejó de tener el valor relativo que se le atribuía, y parece, según los informes técnicos—los Dres. Bauzá y Polleri, de la Cuna lo han señalado en recientes informes—que si bien tiene importancia considerable el mantenimiento de la madre y del hijo en la forma que dispone el Código Sanitario de Chile y que establece nuestra ley de protección a la infancia, esa medida no es más que una parte de la defensa necesaria para llegar a cierto límite, y, por lo menos en nuestro país, es necesario agregar las otras medidas que he señalado anteriormente para disminuir la mortalidad infantil.

Dr. COUTTS. Yo debo decir que no me he referido solamente a las disposiciones del Código de Chile como una novedad, puesto que no ignoro la legislación del Uruguay, sino porque considero que la legislación chilena es en este sentido mucho más avanzada.

El Sr. PRESIDENTE. Me voy a permitir hacer una breve exposición sobre la cuestión de la mortalidad infantil en la República Argentina. Pido disculpa a los colegas por tomarles un poco de tiempo; pero sigo creyendo, desde hace muchos años, que la cuestión de la protección de la infancia y de la maternidad es de importancia capital en nuestros países americanos, casi todos ellos relativamente despoblados aún y que requieren no sólo mucha población sino población sana y vigorosa, para poner en función sus grandes riquezas latentes.

En la República Argentina, la mortalidad infantil ha experimentado un descenso que es de bastante consideración, aunque no hayamos llegado, por cierto, al desiderátum posible. Para no remontarnos demasiado lejos, aún en el año 1912 la mortalidad era de 143 por mil nacimientos vivos, como promedio de todo el país. Esa proporción había descendido en 1917 a 121, y en el quinquenio 1923-27 había bajado todavía más, a 109 ó 110. Son esas últimas cifras las que he dado en algunos trabajos anteriores sobre mortalidad infantil. Felizmente, esa disminución ha continuado aún y en el año 1930, la mortalidad fué ya de sólo 97. Más todavía: en el año 1932, según los cómputos oficiales—cifra no absolutamente exacta porque faltan datos de dos provincias—la mortalidad no ha pasado de 88 por 1000. Esa proporción es tal vez susceptible de un ligero aumento porque, como digo, faltan datos de dos provincias que son de mortalidad más bien elevada. El descenso es, como se ve, muy apreciable, por más que—repito—estemos aún lejos del desiderátum a que aspiramos.

La proporción que he dado de mortalidad infantil es, el promedio de toda la República, producto, naturalmente de cifras muy distintas correspondientes a los diversos Estados. Por ejemplo, en la Capital de la República, la mortalidad, que era todavía hacia el año 1890 de 200 por mil, ha ido bajando rápidamente. Diré solo, para ser breve, que en los últimos años llegó a 70, y en el año 1932 ha bajado a 63.8 por mil. No es extraño esto, porque en la Capital las obras de protección y asistencia de la infancia se han multiplicado grandemente, tanto por las autoridades sanitarias—por la Asistencia Pública, por ejemplo—como por multitud de instituciones filantrópicas que—podemos decirlo con satisfacción—hacen honor a la Argentina en esta materia. Pero, desgraciadamente, en las provincias no ocurre lo mismo, y si, como digo, hemos llegado en la ciudad de Buenos Aires a cifras tan halagadoras, como la de 63.80 que nos aproxima a las que arrojan Estados Unidos y otros países muy adelantados al respecto, en cambio hay desgraciadamente aún provincias alejadas, como Tucumán, Salta, y Jujuy, de la región subtropical, en que esa mortalidad alcanzó hasta hace pocos años 180, 200 y aún más por 1,000. Por fortuna, también ha bajado ya ese porcentaje. Así, por ejemplo, en el año 1930, Tucumán tuvo el 141, en lugar de 180 como en años anteriores. Jujuy, que solía tener más de 200, llegando en algunos años hasta 230, bajó en los últimos a 161.

¿Qué razones hay para que en el interior del país se mantenga tan alto el porcentaje de mortalidad infantil? En primer lugar, por causas naturales de insalubridad; son regiones tropicales y subtropicales en que, además del paludismo, hay una cantidad de otras enfermedades, sobre todo afecciones gastrointestinales, cuyo predominio como se sabe, es mucho mayor en las zonas de clima cálido. En segundo lugar y muy especialmente, porque en la mayor parte de esas provincias no hay una organización de asistencia y protección de la infancia, como tenemos en la capital. Esa obra se está haciendo ahora lentamente con la colaboración de las instituciones benéficas subvencionadas por los gobiernos nacional, provinciales y municipales. En las provincias más pobres, la función principal está a cargo del Departamento Nacional de Higiene, en el cual tuve el honor de crear, siendo su Presidente en 1925, una Sección especial de protección y asistencia de la infancia. Poco a poco se van instalando en esas provincias y en algunos de los Territorios nacionales, dispensarios, maternidades pequeñas y "Centros de protección maternal e infantil," que en los últimos años se ha tratado de constituir como pequeños organismos polivalentes, en que se presta asistencia prenatal y obstétrica, a más de los dispensarios de lactantes, Gotas de leche, etc., etc. Mediante esa obra, los resultados obtenidos han sido muy apreciables, como se ve, puesto que de 110 por mil en 1927, la mortalidad infantil ha bajado ya a 88.

En esta mortalidad global hay varios grupos especiales, sobre los cuales me voy a detener muy brevemente.

El grupo más importante es el de las afecciones del aparato digestivo que, como en todos los países, de mortalidad infantil elevada han arrojado las cifras más importantes. Forman parte de este grupo las llamadas gastroenteritis, toxicosis, enterocolitis, etc., que, en conjunto llegarán a dar hasta el 30, 40 y aún el 50 por ciento de la mortalidad en el primer año, en ciertos distritos. El porcentaje de estas enfermedades ha ido disminuyendo, a tal punto que en la capital ese grupo de afecciones digestivas no pasa en general del 20 por ciento. En cambio, desgraciadamente, en las regiones tropicales y subtropicales él es todavía la principal causa de mortalidad de los niños pequeños. Viene después, en importancia, el grupo que genéricamente hemos llamado de "enfermedades del recién nacido" (traumatismos obstétricos, niños que nacen en malas condiciones, debilidad congénita, hemorragias, infecciones de los primeros días, tétanos, septicemias, etc.), que todavía ocasiona una mortalidad grande en la campaña. Luego viene el grupo correspondiente a las afecciones agudas del aparato respiratorio (bronquitis, bronconeumonías, neumonías, etc.), que en los meses de invierno son de gran importancia en esta capital y en algunas provincias y, por último, las enfermedades infecciosas, en las que comprendemos la tuberculosis y la sífilis, pero formado especialmente por la coqueluche, el sarampión, la difteria.

Según mis últimos cómputos demográficos, podemos aceptar aproximadamente las siguientes proporciones:

Enfermedades infecciosas, incluso tuberculosis y sífilis.....	10%
Afecciones agudas del aparato respiratorio.....	15%
Afecciones congénitas y enfermedades del recién nacido.....	18%
Afecciones del aparato digestivo (que predominan en el interior y no en la capital, en la cual el mayor porcentaje corresponde a las del aparato respiratorio)	30%
Afecciones del aparato respiratorio en general.....	20%

No entro en mayores detalles respecto de la evolución de esas causas en las diversas edades. Claro está que en el primer mes de la vida, predominan las enfermedades del recién nacido; en los primeros seis meses, el grupo de las enfermedades del aparato digestivo. Desde los 6 a los 12 meses casi se igualan las del aparato respiratorio, y luego éstas predominan considerablemente. No voy a hacer un estudio detenido por la premura del tiempo, pero tendré ocasión de ofrecer a los colegas algunos folletos conteniendo trabajos míos sobre los principales factores de mortalidad infantil.

Para terminar (ya que desearía, si fuera posible, que todos los países americanos se comunicaran las cifras de mortalidad infantil en el momento actual) voy a dar una síntesis de lo que en el fondo, constituye, a mi juicio, la causa principal o mejor, las causas principales de nuestra mortalidad infantil, aunque creo que el señor Delegado del Uruguay las ha puntualizado ya bien.

Debo agregar que esta convicción es, además de mis estudios anteriores, el resultado del trabajo que realicé hace años, como encargado de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, para realizar la encuesta sobre mortalidad infantil que se hizo en nuestro país, como en otras naciones de Europa y de América.

Quiero detenerme muy especialmente sobre los factores de orden social, que son los que contribuyen especialmente a esta mortalidad. El señor Gomensoro ha dicho muy bien que, más que una cuestión médica, es sobre todo de orden social. Condensando esas causas, yo diría: En primer lugar, *ignorancia*, falta de cultura general y de educación higiénica y sanitaria del pueblo; en segundo lugar, *pobreza*. Estos son los dos grandes factores de mortalidad infantil. De ellos proviene la deficiencia considerable en las masas populares de bienestar y confort, sobre todo en ciertas provincias alejadas, especialmente en cuanto concierne a la alimentación, a la vivienda y a la higiene general del hogar. En fin, *falta de asistencia médica y social bien organizada*. Naturalmente, en esto último me refiero a las campañas argentinas, no a las ciudades, que en ese punto de vista están bien atendidas. Nos hace falta organizar la asistencia en la campaña. Esa es nuestra falla principal. Quiero insistir una vez más, sobre todo en una parte de esa asistencia, que aún en la capital, donde tanto se ha adelantado, hay que mejorar. Me refiero a la protección de la maternidad. La mayor parte de las mujeres, a pesar de la cantidad de maternidades que hay en Buenos Aires, llegan al parto *sin examen obstétrico previo*. No se ha logrado todavía la educación del pueblo en el sentido de que toda mujer en cinta, por lo menos desde los cinco meses de embarazo, debe ir regularmente a los consultorios obstétricos. Es necesario multiplicar esos establecimientos en todos los barrios de la ciudad, y en la campaña crear maternidades, haciendo una gran propaganda para que todas las mujeres vayan a unos y otras. En la encuesta a que he hecho referencia, se comprobó que en un barrio donde había una excelente Maternidad, de 100 madres que habían dado a luz fetos muertos (o que murieran en el momento de nacer) sólo dos habían tenido consultas obstétricas previas. En su inmensa mayoría no habían ido a la Maternidad con anterioridad al parto, no obstante su proximidad.

Otra de nuestras grandes deficiencias, que espero ha de ser salvada poco a poco es la escasez de los hogares maternos, "refugios" o "asilos-talleres" en que las madres pobres, sobre todo las mujeres sin marido y sin hogar, puedan pasar los últimos meses de su embarazo, dándoles un trabajo adecuado para que puedan formar un pequeño peculio, y quedar hasta algunos meses después de nacido el niño, hasta que puedan ser colocadas en forma conveniente. De estos hogares tenemos muy pocos en todo el país. En esta Capital

misma, son escasísimos. Los hay anexos a algunas de las Maternidades, pero no en suficiente número en todos los barrios de la ciudad como sería de desear. Son casi desconocidos en el interior del país. Sobre este aspecto de la protección a la infancia, es, a mi juicio, sobre el que tenemos que trabajar más: la asistencia preconcepcional y prenatal, la asistencia obstétrica y la del niño en las primeras semanas.

Otra de las graves deficiencias que, a mi juicio, es absolutamente capital, consiste en la falta de centralización de la acción protectora. En nuestro país y especialmente en la Capital Federal, florecen las instituciones de protección a la infancia y son realmente un motivo de satisfacción para nosotros. Pero, no obstante, son desconexas en su acción. Hay instituciones oficiales, nacionales, municipales, de la Sociedad de Beneficencia, que es hasta cierto punto oficial porque depende de un Ministerio, y de multitud de otras instituciones benéficas; pero todas actúan sin trabazón, sin coordinación. Y desde luego, si eso ocurre en la Capital Federal, con mayor razón sucede en el resto del país.

Por eso, una de las conclusiones que vengo reclamando desde hace mucho tiempo y que conseguí fuera votada por aclamación en el Segundo Congreso del Niño, en 1918, en Montevideo, es la de que los poderes públicos entreguen a una autoridad central técnica, autónoma, dotada de suficientes recursos, la dirección general y la coordinación de los servicios de asistencia de la niñez y de la maternidad. Es precisamente lo que ha hecho el Uruguay, que nos adelanta en muchos años en materia de legislación social, al crear un Consejo del Niño, un Código del Niño; en forma tal que, no sólo existe en ese país la codificación de las leyes y disposiciones correspondientes, sino también la autoridad central, competente y capaz de llevar a buen término esa campaña en pro de la salud del niño.

Me permito, pues, como conclusión, proponer un voto de aplauso para el Uruguay por su obra del Código del niño y por haber centralizado en un Consejo especial todas las funciones que atañen a la protección y asistencia de la infancia. E igualmente, formulo también un voto por que todos los países de América que no lo hayan hecho aún, centralicen de modo análogo la dirección y coordinación de todos los servicios de esta clase, como lo han hecho también los Estados Unidos de América y algunas naciones de Europa y Nueva Zelandia, que constituyen un verdadero ejemplo en este sentido.

Dr. GONZÁLEZ. Agradezco las palabras y el voto formulado por el señor Presidente, Dr. Aráoz Alfaro.

Dr. BEJARANO (Colombia). La Delegación de Colombia no podría de ninguna manera guardar silencio ante el voto de aplauso que el señor Presidente de la Conferencia se ha servido tributar a la República Oriental del Uruguay, por la manera científica, eminentemente social, y yo diría insuperable, en que ha organizado la

solución de los problemas relativos a la defensa del niño. No me refiero simplemente al aspecto físico de la vida del niño, sino, y muy especialmente, al aspecto moral.

Por mi parte, preocupado siempre en mi país por este grave problema de la protección infantil—problema que todavía está allí latente—he tributado públicamente, tanto en la tribuna y en mi cátedra de profesor de higiene, como en la prensa, grandes elogios al Uruguay por la manera como tiene organizadas la vida y la defensa moral del niño. Es, pues, ésta una ocasión muy singular para adherirme de un modo especial al voto que propone la Delegación argentina por boca de su dignísimo presidente el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Ahora, quiero referirme de manera muy especial también, a algunos aspectos del problema que se plantea aquí, con el agravante de que en el mío—yo lo declaro así, honradamente—es aún más inquietante, sobre todo en el medio rural, sobre el que deseo decir unas palabras. Nosotros hemos centralizado—esa es la impresión que se deduce de las exposiciones hechas aquí—la defensa de la salud infantil en el medio urbano. Eso es lo que pasa en mi país, donde igualmente hemos localizado toda nuestra artillería de defensa de la salud del niño en el medio urbano, dejando en cambio el medio rural completamente indefenso, no obstante ser, a mi modo de ver, donde radican las verdaderas reservas de las fuerzas de las naciones.

En el medio rural hay circunstancias especialísimas que obran e influyen en el alto índice de mortalidad infantil: En primer lugar, la ignorancia que siendo el primordial factor en todas partes, lo es más aún allí que en el medio urbano; y luego, las enfermedades endémicas que azotan el medio rural. En realidad, yo no podría decir con exactitud cuál es la verdadera causa de la mortalidad infantil; ya cuando se habló de demografía manifesté que nosotros tropezábamos con una serie de dificultades para poder dar cifras exactas. Sin embargo, nuestra mortalidad en el medio rural se debe, principalmente, a la falta de tutela científica o médica; y ello ha sido la causa de que no hubiera personas expertas que pudieran extender los certificados de defunción. Se ha formado en el medio rural, a favor de esa especie de abandono e incultura en que se encuentra, una completa inconsciencia de lo que significa para la familia campesina el niño. Y precisamente todos esos factores de ignorancia y demás, me llevan a pedir que demos un voto de recomendación especial a nuestros Gobiernos para que se preocupen especialmente de luchar contra la mortalidad infantil, sobre todo en el medio rural. ¿Cómo podría hacerse? Pues por medio de cualquiera de estos organismos que tenemos tan difundidos en las ciudades centrales y que allá son completamente desconocidos; especialmente por esos centros o unidades sanitarias que allá en Colom-

bia se han formado, centros en los cuales podría haber consultorios y especialmente el servicio de parteras gratuitas, ya que su falta provoca se recurra habitualmente a mujeres desprovistas de todo conocimiento técnico o científico en esta materia, tanto en el momento del parto, como antes de él. La difusión de la partera, de la enfermera visitadora en el medio rural, constituiría una de las formas de luchar contra la mortalidad infantil.

Me resta, ahora, decir solamente cómo está organizada en Colombia la Protección a la Infancia. Desde el año 1931 a la fecha funciona el nuevo Departamento de Sanidad Nacional, que tiene hoy una dirección unitaria. Ese Departamento tiene una sección que comprende esta protección de la infancia y que vigila, naturalmente, todo lo referente a este capítulo dentro de todo el país. Fuera del Departamento, existe en Colombia un organismo que se ha preocupado muchísimo de estas cosas y que indudablemente ha desempeñado el papel más importante en esta clase de funciones: me refiero a la Cruz Roja.

Yo quiero señalar a la consideración de la Conferencia la labor que en materia de lucha contra la mortalidad infantil realiza la institución llamada de la Cruz Roja. Sabido es que, después de la guerra europea, la Cruz Roja tomó a su cargo actividades que antes le eran completamente desconocidas y que se refieren al aspecto social de la vida de la nación; y entre esas actividades, como la más trascendental a mi modo de ver, está la lucha contra la mortalidad infantil y la protección a la primera infancia. Efectivamente, en Colombia la Cruz Roja ha desempeñado un papel de primera fuerza; en primer lugar, en la Capital de la República, donde ella fué quien introdujo instituciones como las Salas-Cunas, las Gotas de Leche y los Consultorios de Maternidad. Y últimamente ha sido también ella la introductora de una nueva organización, cuyas funciones me parecen muy dignas de ser tenidas en cuenta por la Conferencia: me refiero a los restaurantes maternos.

El Dr. Aráoz Alfaro llamaba la atención con respecto a la frecuencia con que se suele ver a muchas mujeres que llegan a la maternidad sin haber pasado siquiera una vez por los consultorios obstétricos, creados para esos fines. Efectivamente, la organización de los restaurantes maternos, en los cuales hay de por medio el atractivo para la madre de encontrar alimento adecuado, ha hecho que haya habido una enorme concurrencia de mujeres en estado de embarazo, que, seducidas por la perspectiva de encontrar un alimento gratuito, acuden allí, y entonces se las inscribe, y la condición *sine qua non* para que continúen gozando de los beneficios del restaurante maternal es sencillamente que se presentan al correspondiente consultorio de obstetricia con el fin de que luego tengan la certificación del consultorio y continúen disfrutando de los bene-

ficios del restaurante. Hay, pues, una concatenación entre las dos instituciones.

Fuera de ello hemos establecido en Bogotá, con algún legado dejado por alguna persona de significación, un gran refugio maternal, punto trascendental también en la lucha contra la mortalidad infantil. Bien sabemos el papel desempeñado por la fatiga de la madre en el rubro mortalidad. Para prevenir los efectos de esa fatiga, esos refugios se van diseminando en los grandes centros de población, con el fin de atender hasta el último momento a las madres obreras.

Vuelvo a hacer una síntesis, diciendo que el problema de la mortalidad infantil es todavía en Colombia inquietante para todos, pero que hacia ella hemos dirigido y encauzado nuestro pensamiento y nuestro corazón, guiados ante todo por lo que se ha hecho en los Estados Unidos, por lo que se ha hecho en la República del Uruguay, por lo que se ha hecho en la República Argentina, y por lo que se ha hecho en la República de Chile, que son en esta materia nuestros guías e inspiradores.

Dr. RAMOS (Cuba). Adhiriéndome al voto de la Delegación argentina, voy a referirme a lo hecho en Cuba, donde no se ha encarado el problema como un problema local, sino que se ha mantenido el fuego sagrado de la lucha internacional.

Después de la Séptima Conferencia, creo, nosotros hemos buscado la forma de atraer a las madres a inscribirse antes del nacimiento de sus hijos en los consultorios de obstetricia, y con esa finalidad, semejante a la que el Dr. Bejarano nos ha explicado que tienen en Colombia los restaurantes maternales, hemos instituído premios: Premios a la maternidad, premios a la infancia y premios de homicultura, para poder optar a los cuales es necesaria la inscripción en los consultorios.

Nuestros servicios de asistencia al respecto están establecidos como servicios de homicultura, y luego se han creado las secciones Infancia y Maternidad. Además hemos procurado estimular la acción privada y para llevar la asistencia a una localidad o barrio determinado nos ha bastado, en muchas ocasiones, con abrir un consultorio para irlo dejando luego gradualmente en manos de instituciones, de señoras sobre todo, instituciones formadas con ese fin y que luego han seguido floreciendo. En esa forma la acción privada, estimulada por el Estado, ha venido a complementar la obra del Departamento Nacional de Sanidad y de los departamentos locales.

Dr. COUTTS. Preocupado con estos asuntos sociales, hace algunos años, mandé al *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, marzo 1931, un trabajo donde hacía un estudio que me permitía llegar a la siguiente conclusión: La necesidad o conveniencia de estudiar la forma de poder hacer obligatoria la declaración del

embarazo. Supongo que alguno de los Delegados presentes habrá tenido oportunidad de leer ese trabajo, y si lo recuerdo ahora es para significar la satisfacción con que he escuchado a los señores Delegados de Colombia y Cuba cuando han explicado la finalidad de los restaurantes maternales y de los premios anuales, coincidente con lo que yo expresaba en el referido trabajo.

Dr. OSCAMOU (Panamá). Recogiendo la invitación y el deseo expresados por el Dr. Aráoz Alfaro en su exposición, voy a referirme, por lo que respecta a mi país, a los datos publicados con motivo del Primer Congreso Sanitario de Panamá, efectuado el año pasado.

El por mil en Panamá en el año 1914 era 272, y en 1932 era 136. Ha habido, pues, un notable descenso, que revela los beneficios obtenidos por la preocupación con que el Gobierno de Panamá ha encarado el problema. Las cifras totales, según las causas de mortalidad, se distribuyen en la siguiente forma: trastornos digestivos, 26 por ciento; afecciones bronquiales, 24; mala nutrición 15; afecciones de la piel, 13; sífilis 4; otras enfermedades, 20 por ciento.

Estos datos han sido compilados por una distinguida señora que forma parte de la Cruz Roja de Panamá, que es una institución que merece todo el apoyo del gobierno y, al mismo tiempo, el aplauso de la población por su obra en beneficio de la salubridad pública. Es gracias a las gestiones de esta institución que se han creado asilos, maternidades, salascunas, comedores, y un cuerpo de visitadoras que tienen la obligación de recorrer los hogares pobres y dar instrucciones a las madres sobre la crianza de sus hijos o sobre los cuidados prenatales; porque es sabido que las madres ignorantes, siguiendo muchas veces las sugerencias de los vecinos, amistades o de las madrinan de las criaturas, se alejan de los consultorios médicos, buscando los servicios de un curandero para que les cure a las criaturas "el empacho," "el sereno" etc. Para luchar contra esas supersticiones y preocupaciones tan arraigadas en las clases populares, se ha instituido el cuerpo de visitadoras.

Es todo lo que deseaba manifestar acerca de las estadísticas de mortalidad infantil en mi país y de la obra de protección a la maternidad y a la infancia.

Dr. OBARRIO (Argentina). En primer término, debo agradecer al señor Presidente la información tan favorable que ha hecho respecto a la forma como se lleva a cabo en la Capital de la República la protección a la primera infancia, a cargo de la Asistencia Pública, y voy a permitirme agregar algunos datos, pidiendo excusas a los señores Delegados por distraer su atención con informaciones que se refieren única y exclusivamente a la ciudad de Buenos Aires.

Desde la Dirección de la Asistencia Pública me he preocupado del problema de la protección a la infancia en toda su amplitud, es decir de la protección a la madre, el cuidado de la maternidad en

toda su amplitud, cuidando a la embarazada, haciendo que el parto se realice en las mejores condiciones y sin inconvenientes. Las maternidades se están reorganizando en una forma integral, como no existía anteriormente, teniendo sus secciones de obstetricia, ginecología y puericultura y desarrollando su acción social en la forma que corresponde. Anteriormente había lo que se llama la asistencia maternal a domicilio, que por deficiencia de organización realizaba sus tareas en forma que dejaba mucho que desear. Es necesario que la institución Maternidad lleve sus beneficios al máximo de personas a que puede alcanzar.

Voy a ocuparme ahora de lo que se llama la protección a la maternidad, porque en algunas legislaciones, y en la nuestra actual también, se ha encarado el problema de la protección a la maternidad dentro de límites en mi concepto reducidos.

Autor de un proyecto elevado a la superioridad y sometido a consideración del H. Concejo Deliberante de Buenos Aires, he abordado la protección a la maternidad dentro de sus modernos límites actuales. A la mujer embarazada debe estudiársela y protegérsela teniendo en cuenta las dos circunstancias particulares de su vida, es decir según que la mujer embarazada trabaje o no trabaje. Y dentro de la mujer que trabaja hay que hacer una subdivisión de capital importancia: la mujer embarazada con trabajo que realiza esfuerzo y la mujer embarazada con trabajo que no realiza esfuerzo. En cuanto a la mujer embarazada con trabajo que no realiza esfuerzo, la protección del Estado puede perfectamente realizarse dentro de los límites establecidos, de un mes o un mes y medio. Pero estudios basados en estadísticas, que no permiten la menor duda, demuestran que la mujer embarazada que realiza su labor con esfuerzo debe ser amparada, protegida, sostenida desde el primer día de la gestación. Es precisamente la mujer que trabaja con esfuerzo la que da el mayor porcentaje de embarazos frustrados y de nacimientos muertos.

En lo referente a la lactancia, es indiscutible que la leche pertenece a la madre del hijo y que el Estado debe amparar a la madre para que amamante a su hijo en el máximo de tiempo posible y para que la lactancia materna sea eficaz. El problema de la maternidad no puede encararse sino con el concepto de una protección amplia, y para eso no hay más que un solo medio: El seguro de la maternidad. Dentro de estos conceptos es que he elevado el proyecto que está a estudio del H. Concejo Deliberante. Creo que el problema de la maternidad deberá ser encarado dentro del seguro de enfermedad, haciendo lo que he hecho yo en la Municipalidad de Buenos Aires, sosteniendo la tesis, que ha sido aconsejada por el asesor letrado, de que el embarazo debe ser equiparado a la enfermedad.

Con el seguro a la maternidad, tenemos la seguridad absoluta de poder amparar a la madre durante el embarazo, durante el parto y durante la lactancia, que es la forma fundamental de evitar la mortalidad infantil.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). No voy a hablar de la mortalidad infantil, a la que hice una alusión cuando leí mi trabajo sobre la organización sanitaria de Costa Rica; pero quiero aprovechar el momento, que parece de perlas cuando se habla del coeficiente de la mortalidad infantil, de prevalencia del paludismo, de prevalencia de la anquilostomiasis, etc., para indicar una manera—quizá hasta hoy la única—de poder tener una supervigilancia, un control efectivo sobre todas estas actividades. Me refiero a las Unidades Sanitarias.

Pienso que en general, en todos los países, el campo está un poco descuidado, y si hacemos un estudio comparativo de los habitantes de vida urbana y de los habitantes de vida rural, muy pronto nos convencemos de que la mayor parte de los países de América son pueblos rurales y que nuestra preocupación debe estar más en el campo que en la ciudad. Alguien ha hablado aquí de que en la República Argentina hay un 40 por ciento de población rural y en otros países ese porcentaje es muy superior, muy alto: El 75 por ciento es población rural; de tal manera que nuestro gran problema de saneamiento, como de educación higiénica general está en el campo más que en la ciudad.

No necesitaré mucho tiempo para dar un modelo de centro de salud establecido en una de las zonas principalmente agrícolas de nuestro país, con 15,000 habitantes. Actualmente hay dos unidades sanitarias más y nuestra tendencia es a extender las unidades sanitarias.

La organización sanitaria de muchos de nuestros países adolece de un defecto primordial: la falta de unidad de acción y de responsabilidad en los resultados. A la hora actual todo está previsto en las respectivas legislaciones: control de enfermedades transmisibles, saneamiento del suelo, protección a la madre y a la infancia; servicios hospitalarios, educación higiénica; pero a menudo muchas de estas actividades obedecen a planes distintos, a autoridades diferentes, celosa cada una de tener y mantener su autonomía.

En las grandes ciudades la fuerza de los intereses creados es mucha para lograr unidad en el mando y coordinación de actividades, pero también es cierto que la holgura económica, la facilidad para obtener en todos los servicios personal apto, la vigilancia continua de la prensa, la cultura de los ciudadanos y el empeño colectivo de que la ciudad sea cada vez más sana y atrayente, compensa en mucho las deficiencias de la falta de unidad. No pasa lo mismo en las ciudades de segundo orden y menos aun en las zonas rurales.

Es en ellas donde se hace indispensable una dirección técnica exclusiva y una coordinación estrecha de los servicios.

La organización de centros de salud parece hasta ahora el mejor medio de influir favorablemente en el mejoramiento de las condiciones sanitarias y asistenciales de una localidad. La Unidad de salud pública requiere: 1) Presupuesto holgado y de diferentes procedencias: Estado, municipio, organizaciones industriales y agrícolas y, ojalá, particular. 2) Personal idóneo identificado con la política sanitaria. El médico de la unidad debe dedicarle todo el tiempo a sus funciones por exigirlo así la intensidad material de la obra, pero también y sobre todo el espíritu del trabajo. 3) Apoyo de las autoridades, no como elementos compulsivos, sino inspiradores de confianza. 4) Cooperación de instituciones y de individuos, la escuela principalmente. 5) Coordinación de los servicios existentes que tengan relación con la protección de la salud pública, la Cruz Roja, por ejemplo.

Las múltiples funciones de las Unidades pueden resumirse así:

Director:

Será responsable de todas las actividades y tendrá directamente a su cargo los siguientes servicios:

1. Clínica Prenatal.
2. Cuidados Postnatales.
3. Clínica Pre-escolar.
4. Clínica Escolar.
5. Control de Enfermedades infecto-contagiosas.
6. Servicio de Inmunización.
7. Extensión del certificado de salud.
8. Medida del índice esplénico.
9. Educación higiénica: conferencias públicas y escolares; redacción de literatura de vulgarización científica; exhibición de películas sanitarias.
10. Diagnóstico y remisión de enfermos al Hospital.

Dentista:

Trabjará un minimum de cuatro horas por semana y tendrá a su cargo:

- a) La atención de la boca y dientes de las señoras en cinta.
- b) La Clínica Dental pre-escolar.
- c) La Clínica Dental Escolar.
- d) La campaña educativa sobre la higiene de la boca y dientes.

Asistente Sanitaria:

Son sus funciones:

- a) Colaborar con el Director de la Unidad en las actividades de éste en las diferentes clínicas: pre-natal, post-natal, pre-escolar, escolar y en la Clínica Dental.
- b) Practicar visitas domiciliarias para continuar en el hogar el trabajo iniciado en las clínicas en relación con las madres en cinta.
- c) Visitar las escuelas para cooperar con el maestro en el control de las enfermedades trasmisibles, de los defectos físicos, organización de cantinas escolares.
- d) Dar conferencias escolares y domiciliarias. Para las escolares habrá días y horas determinadas.

Jefe del Laboratorio:

Tendrá como funciones:

- a) El examen y tratamiento de la población por parásitos intestinales.
- b) Los exámenes de sangre para el diagnóstico del paludismo.
- c) Los exámenes y reacciones para la investigación de la sífilis.
- d) Los exámenes de pus.
- e) Los exámenes de esputos; secreciones de la garganta y fosas nasales.
- f) El envío de especímenes al Laboratorio de Salud Pública cuando el Laboratorio de la Unidad no tenga elementos para hacer los exámenes.

- g) El envío de muestras de aguas, alimentos y drogras para su examen en el Laboratorio Químico del Centro Nacional de Agricultura.
- h) La formación de un museo parasitológico.
- i) La atención de los exámenes que el Hospital le envíe y cualquier otro trabajo de laboratorio que el Director de la Unidad le recomiende hacer.

Inspector General de Higiene. (El Inspector General de Higiene tendrá bajo su dependencia un auxiliar.)

Tendrá a su cargo:

1. El control sanitario de la población en los siguientes servicios:
 - a) El control sanitario de las casas, escuelas y edificios públicos.
 - b) El control de fuentes y cañerías de agua potable.
 - c) El control de la recolección y destrucción de basuras.
 - d) La construcción y mejora de excusados y desagües.
 - e) La vigilancia sanitaria de lecherías, mercados, mataderos, lugares de producción y venta de comestibles, la exigencia de certificados de salud a los manipuladores de alimentos.
 - f) La vigilancia de la cuarentena impuesta por el Director de la Unidad.
 - g) El control de las moscas en la población.
 - h) La limpieza de solares y calles.
 - i) La citación de los habitantes para hacerse examinar y tratar de los parásitos intestinales.
 - j) La citación para el tratamiento completo de la sífilis.
 - k) La vigilancia de los finqueros que tienen a su servicio 10 y más peones para que tengan provisión de suero Butantán.
 - l) La práctica de conferencias domiciliarias.
 - ll) La imposición de multas a los infractores de las leyes, decretos y reglamentos de orden sanitario.
2. La campaña antimalárica:
 - a) El estudio del problema de la malaria en la localidad.
 - b) El estudio de la topografía del suelo, corrientes, lluvias, horas de sol, etc.
 - c) El estudio de los sistemas de provisión de agua.
 - d) La ubicación de criaderos de zancudos y su clasificación en permanentes, transitorios, naturales y artificiales.
 - e) El estudio de las condiciones especiales de los criaderos: sombreados, expuestos al sol con vegetación o sin ella, tipo de vegetación, etc.
 - f) La clasificación de larvas y adultos y relación de las especies con la mayor o menor prevalencia del paludismo.
 - g) La destrucción de criaderos de zancudos por medio de rellenos o drenajes. Los drenajes deben ser hechos de acuerdo con el Ingenier Sanitario de la Secretaría de Salubridad.
 - h) La esterilización de criaderos de zancudos por medio de petróleo, verde de París, peccillos, etc.
 - i) La recolección de muestras de sangre para su examen malárico en el Laboratorio de Turrialba y envío de sospechosos para el diagnóstico clínico.
 - j) El control de las personas que inician su tratamiento de quinina para llevarlo hasta el fin.
 - k) El suministro de quinina a los escolares palúdicos.
 - l) El mantenimiento en buen estado de los drenajes rellenos.
 - ll) El control de todos los finqueros para que éstos tengan quinina para la distribución gratuita entre los peones enfermos.

Oficinista: Tendrá a su cargo la estadística vital y la de las diferentes actividades; la correspondencia, el cuidado de las fórmulas, el cuidado de las vacunas, drogas, reactivos y el control de su distribución, por lo cual llevará un libro especial.

Obstétrica. (Pagada por la Municipalidad). Trabaja bajo la dirección del Director de la Unidad Sanitaria y colaborará con éste en las clínicas prenatal y post-natal.

Portero. (Pagado por la Municipalidad). Tendrá a su cargo el aseo de las oficinas y de las distintas comisiones que le ordenen los Jefes de servicio.

Cuadrilla de Peones. (Pagados por la Municipalidad). Trabaja bajo la dirección inmediata del Inspector de Higiene.

Hospital. Trabaja en íntima conexión con la Unidad Sanitaria. Allí serán atendidos todos los casos reportados por el director de la Unidad Sanitaria inclusive los relativos a enfermedades venéreas. La Unidad hará todos

los exámenes en que tenga interés el Hospital, contribuirá con drogas específicas y recabará de la población y especialmente de los finqueros un mayor apoyo para la atención de los enfermos.

Para terminar, me permito proponer el siguiente voto:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los gobiernos la creación de unidades sanitarias o centros de salud.

El Sr. PRESIDENTE. En consideración el voto del señor Delegado de Costa Rica, Dr. Núñez.

Se aprueba, sin observación.

Dr. COUTTS. Pido la palabra, para formular un voto que suscriben las Delegaciones de Colombia y Cuba. Dice así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar como uno de los medios tendientes a proteger a la madre y al niño, la conveniencia de procurar por todos los medios persuasivos posibles la declaración precoz del embarazo por las futuras madres.

Asentimiento.

El Sr. PRESIDENTE. Queda aprobado, y pasará a la Comisión de Redacción.

Voy a decir dos palabras con respecto a algunas observaciones hechas en este debate. La institución de restaurantes maternos a que se ha referido el Dr. Bejarano, existe desde hace muchos años aquí. Hay ya en nuestra Capital numerosas "cantinas maternas," donde no sólo se da de comer a las mujeres en cinta y a las madres sino también se hace asistencia obstétrica. No hubiera insistido en esto porque, como he dicho, no he mencionado en particular a ninguna de las instituciones que florecen en el país, si no fuera porque hay pendiente una invitación de la Presidenta y fundadora de la Sociedad de Cantinas Maternas (de las cuales hay, repito, muchas en la ciudad), pidiendo a los señores Delegados que tengan un momento, hagan una visita a esos establecimientos, para que puedan formarse una idea de su organización.

Dr. BEJARANO. Como al final de mi disertación olvidé dar lectura de un voto que iba a proponer, ruego a la Presidencia lo someta a la consideración de la asamblea.

Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los gobiernos americanos: Intensificar la lucha contra la mortalidad infantil, llevando esta campaña especialmente al medio rural para lo cual adoptará el sistema de centros de protección infantil provistos de servicios médicos gratuitos, entre los cuales jugarán papel importante la enfermera visitadora y la partera.

El Sr. PRESIDENTE. Como ese voto es coincidente con el propuesto por el Dr. Núñez, podrían pasar los dos votos a la Comisión de redacción y hacer de ambos uno solo. (*Asentimiento.*)

Dr. HOUSSAY (Argentina). Yo creo que en el voto sobre declaración obligatoria del embarazo, no ha habido asentimiento unánime.

El Sr. PRESIDENTE. No se ha propuesto como voto tal declaración obligatoria, sino que el Dr. Coutts ha hecho referencia a un trabajo presentado por él anteriormente sobre ese asunto.

Dr. COUTTS (Chile). No se trata de una declaración obligatoria. El voto sólo consiste en fomentar por todos los medios persuasivos la declaración precoz del embarazo.

ASISTENCIA PREESCOLAR Y ESCOLAR

El Sr. PRESIDENTE. En consideración los temas 21 y 22.

Dr. ZWANCK (Argentina). Voy a referirme a dos puntos que figuran en nuestro programa de trabajos: La protección de los niños en edad pre-escolar y en edad escolar. En cuanto a la primera edad, alguien ha dicho, y con mucha razón, que comprende al grupo de niños que prácticamente están abandonados de todas las formas coordinadas de asistencia.

Un reciente informe de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, que seguramente es conocido por todos, trae los resultados de una encuesta, llevada a cabo a través de varios años, y que abarca el estudio de los niños en la primera infancia y a los de edad pre-escolar y escolar. Fué a raíz de ese informe, que trae las cifras de la morbilidad y mortalidad en esas épocas de la infancia, que traté de corroborar si esos porcentajes coincidían con los que se observaban en nuestro medio y principalmente en la ciudad de Buenos Aires. Ese estudio estadístico me ha permitido llegar a la comprobación de que las cifras se superponen perfectamente. Así, por ejemplo, en la edad pre-escolar, las enfermedades infectocontagiosas, también entre nosotros, son las que más mortalidad ocasionan. Siguen luego las enfermedades del aparato respiratorio y, observación curiosa, se comprueba también que las muertes violentas, los traumatismos, los accidentes, son los que figuran en tercer lugar como causas de mortalidad.

También como corolario de nuestra estadística, hecha sobre la base de las declaraciones del Registro Civil, y el movimiento de enfermos en tres de nuestros hospitales de niños, minuciosamente analizadas y corregidas las cifras, se ha comprobado una evidente correlación entre los índices de la mortalidad con los de morbilidad. Son líneas, diríamos, perfectamente paralelas, pues las enfermedades infectocontagiosas son las que dan mayor número de enfermos, siguen en su orden las afecciones del aparato respiratorio y en tercer lugar los traumatismos y accidentes. Pero si este aspecto, exclusivamente deducido de la estadística, tiene una importancia grande para la higiene, ya que ella tiene en sus manos la forma de corregir esos índices a base de una organización seria, la salud del niño en edad pre-escolar presenta un aspecto de orden económico y social, de mucho mayor valor que el que surge de las simples cifras de su morbilidad y mortalidad.

Desde hace años, puede decirse que casi desde el comienzo del siglo actual, en los países anglosajones, principalmente en Inglaterra y Estados Unidos, se estudian con el nombre de defectos físicos, las desviaciones o perturbaciones que apartan a un sujeto de

un tipo normal de salud, habiéndose llegado a establecer una curva, a través de la vida infantil, que es perfectamente clara y coincidente año por año. Como se ha observado la repetición constante de esos hechos, la observación se ha convertido en la siguiente ley de aplicación general: Que a medida que el niño va creciendo en edad, el número de defectos físicos y mentales que presenta, va en aumento. Esos defectos, físicos y mentales, graban hondamente la personalidad física y la personalidad mental del niño. Muchos de ellos—por no decir la totalidad—son reparables, si en tiempo oportuno se hace buen diagnóstico y se instituye un tratamiento adecuado; pero abandonados, graban en forma indeleble el desarrollo orgánico y psíquico del niño.

Estas comprobaciones, que hoy constituyen verdades axiomáticas, nos llevan a afirmar que no hay más que una forma de amparar, de proteger, o, para emplear un término más preciso, de asistir al niño en edad pre-escolar: La de crear a su alrededor un sistema de instituciones encargadas de establecer, en primer término, *el diagnóstico*, lo más precoz posible, de las desviaciones o perturbaciones de la salud del niño. Luego debe procurársele el tratamiento eficaz e inmediato de esas perturbaciones, removiendo esos primeros síntomas de enfermedad, haciendo lo que en Medicina Social se ha dado en llamar la *profilaxis por el tratamiento* y, por último, creando en el niño, a base de una inteligente educación sanitaria, hábitos higiénicos, una conciencia, que haga de él, en el futuro, un individuo que cumpla con las prácticas de la higiene individual beneficiándose a sí mismo y, por lo tanto, a la colectividad en la cual vive.

Pero si ésto teóricamente es indispensable, prácticamente no existe, en la gran mayoría de los países del mundo, una organización sanitaria que asista al niño en edad pre-escolar con ese criterio; y no hablo sólo de América. Las instituciones para la protección del niño de dos a seis años, se han reducido a algunas que los albergan, que los asilan y que remedian, en parte, más bien situaciones de orden económico o social, que las de orden médico. Son las que asisten al niño durante las horas en que sus padres están obligados a trabajar, las que amparan a los huérfanos y abandonados y los Kindergarten que, más por iniciativa privada que por previsión estadual, existen en algunas naciones del mundo.

Ahora bien, si es necesario cuidar el desarrollo físico y mental del niño, encuadrando su asistencia dentro de los postulados de la Medicina Social, existe otro aspecto, el aspecto educativo, que debe preocupar también muy especialmente, pues él formará los hábitos higiénicos indispensables.

Ya desde Froebel y Montessori sabemos que no hay edad de comienzo para la educación del niño. Aquéllos que hayan visitado la clínica de Langstein y Rott, en Charlottenburg, saben que el niño,

hasta en su primera infancia, es perfectamente educable. Todo es cuestión de educación gradual, de métodos pedagógicos, para lograr la educación integral del niño, su adaptación a la vida en sociedad.

Es así, pues, que creo que de esta Conferencia puede salir una resolución en el sentido de recomendar a los países de América, no el estudio del problema de la educación del niño en la edad pre-escolar, no lo que significa para él y para la colectividad el asistirlo debidamente, si no que vayan a la práctica y creen las instituciones necesarias para lograr esa asistencia y esa educación integralmente; y que en el caso de existir, como existen en algunos países, organismos que realizan fragmentariamente parte de la obra, los coordinen, de acuerdo con el espíritu esbozado en esta Conferencia, dentro de un plan sistemático y completo que lleve, por decir así, a la construcción de la salud física y mental de los niños.

En tal sentido he redactado un voto, que he tratado de hacer lo más amplio posible. Quizá esa amplitud lo haga poco concreto, pero, en todo caso, espero las sugerencias de los señores Delegados para modificarlo en la forma, que a juicio de ustedes, mejor convenga. Dice así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta la importancia que tiene el cuidado de la salud física y mental de los niños en edad pre-escolar, recomienda a las naciones americanas la organización coordinada de la asistencia y de la educación de los niños entre dos y seis años.

Y ya que he afirmado, en mis palabras, que el momento de iniciar la asistencia y la educación del niño no pueden establecerse categóricamente, porque hay una continuidad manifiesta entre la primera infancia, la edad pre-escolar y la escolar, lógicamente la educación, protección y asistencia del niño en la edad pre-escolar debe continuarse, con igual intensidad, cuando el niño cursa la escuela primaria. Pero siempre, a mi modo de ver—y creo que de este criterio participarán todos los señores Delegados—dentro de una finalidad de orden económico y social.

Aquellos que hayan seguido los trabajos de Dublin de la Metropolitan Life Insurance Company de New York—por no citar sino a uno de los que han demostrado con cifras la ventaja económica de la higiene—y recuerden la fórmula de que la vida humana se divide en tres etapas, una de preparación, otra de eficiencia y por último, la de declinación y que es, precisamente, la primera, o sea la de preparación, la que determina que el joven que entra a la segunda, vale decir a la de producción, será tanto más útil para sí y para la colectividad, cuanto mejor preparado esté física y mentalmente, convendrán conmigo en que la organización médico-escolar debe ser fundamentalmente encarada como una necesidad absoluta para la sociedad.

Es por ello que también a los Cuerpos Médico-escolares, hay que orientarlos hacia la Medicina Escolar, para que instituyan la profilaxis por el tratamiento, hecha a base del examen médico periódico

y organicen la educación sanitaria, que, al formar los hábitos higiénicos desde temprana edad, haga posible el goce de las conquistas de la higiene para todos.

Veinticinco años llevo ya en los trabajos médico-escolares. Comencé en una organización—la del Cuerpo Médico-Escolar de la ciudad la Buenos Aires—informada en el viejo sistema de Wiesbaden. Hacíamos la clasificación de los defectos físicos que notábamos en los niños; compilábamos los datos recogidos en minuciosas estadísticas y cuando, al finalizar el año, llegábamos a establecer, con todo detalle, las causas de la morbilidad de los escolares, nos dábamos por satisfechos. Pero los niños se quedaban, todos, con los defectos físicos que nosotros habíamos comprobado. Fueron los anglosajones, principalmente los ingleses y norteamericanos, los que nos enseñaron que no se realiza obra eficiente en un organismo médico-social que se limita a hacer solamente aquello y que, por lo tanto, los dineros invertidos en la acción de ese tipo de instituciones, dan resultado absolutamente nulo desde el punto de vista social.

Era, pues, necesario orientar la acción hacia la profilaxis por el tratamiento, lo que es perfectamente factible y así lo hicimos. O el padre, cumpliendo con los dictados naturales de asistir a su propio hijo, pone remedio a las desviaciones o perturbaciones de la salud comprobadas por el médico escolar, o es el Estado, por sí mismo, dentro y por medio del cuerpo médico-escolar o apelando a los organismos de tratamiento existente, quien debe hacerlo.

Soy, pues, de opinión que la organización de los Cuerpos Médico-escolares—para dar una resultante económica y socialmente apreciable—debe estar orientada hacia el examen médico periódico y a la profilaxis por el tratamiento. Me atrevo a formular un voto en ese sentido, porque a pesar de los años de acción intensa desarrollada por el Cuerpo Médico-Escolar de la ciudad de Buenos Aires, para hacer las cosas con ese espíritu, no hemos podido realizar sino una obra que conceptuamos fragmentaria, pues está reducida principalmente a la asistencia de los escolares de la Capital de la República, más que todo porque no se comprende su económica finalidad y de ahí la falta de ayuda de parte de las autoridades del Estado. Necesitamos que los poderes públicos se convenzan de que invertir dinero en la protección de la salud del niño, de ese niño que aparentemente sano puede ser un enfermo en potencia, es una inversión a muy alto interés y que producirá un rendimiento que asegura el porvenir de una nación.

Es por ello que, como un corolario de cuanto acabo de decir, he de concretar mi opinión, fundándola aún más, si cabe, en palabras predicadas por uno de los espíritus más esclarecidos de la moderna higiene: Me refiero a George Newman, quien dice que ninguna organización médico-social dará un rendimiento eficiente, sino

interviene en forma precoz, si no lo hace en forma completa y si no actúa en forma continua. Hay que hacer, pues, una observación constante del niño a través de su vida pre-escolar y escolar, porque perturbación que no aparece hoy puede constatarse mañana; y tiene que hacerse esa observación en una forma completa, que abarque la totalidad de los niños y que les proporcione a todos los medios de asistencia y de tratamiento capaces de eliminar, de remover, dentro de las posibilidades humanas, las afecciones que el médico comprueba. Esta evolución significará para muchos, y también para nosotros, una etapa más o menos larga en el camino de la perfección; pero estimo, de todos modos, necesario, que esto que representa una verdad práctica, sea concretado en una expresión de esta Conferencia, que podría decir así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda que los servicios médico-escolares en las naciones americanas se basen en la educación sanitaria, el examen médico periódico y la profilaxis por el tratamiento y que traten de organizarse, en tal sentido, para obtener para todos los niños en edad escolar una asistencia precoz, continua y completa.

Dr. SCHIAFFINO. He oído con toda complacencia la disertación que nos ha hecho el Dr. Zwanck, doblemente autorizado en su carácter de Director del Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de miembro del Cuerpo Médico-Escolar, para tratar con gran acierto problemas de esta naturaleza.

A mi vez quiero agregar solamente algunas observaciones, ya que mi experiencia en este asunto creo que me habilita para ello.

La asistencia de la edad pre-escolar tiene la mayor importancia. La tiene en primer lugar por el número de unidades que abarca. Se establece que la relación entre la población pre-escolar y la población total del país es alrededor de la décima parte. Por ejemplo, en nuestro país, con dos millones de habitantes, son 200,000 los niños en edad pre-escolar, es decir, casi el doble de los niños que están en edad escolar. Por lo tanto, por su número representan una cantidad digna de atención. En segundo lugar representan una cantidad apreciable por la naturaleza del niño en esta edad: Si el niño no es tan frágil como en la primera infancia, es sin embargo mucho más frágil que después. Las comparaciones que ha hecho el Dr. Zwanck con los datos de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, las he hecho yo a mi vez con las estadísticas americanas. He comparado las cifras de mortalidad y de morbilidad a esta edad, con las de mortalidad general, y resulta que para las enfermedades infecto-contagiosas la edad de preferencia es la edad pre-escolar. Cuando ocurre cualquier epidemia de sarampión, de difteria o de escarlatina, el mayor número de enfermos y el mayor número de víctimas están en la edad pre-escolar.

Además hay otro argumento para atender preferentemente y es el siguiente: Que mientras las madres antes del año, en la primera

infancia del niño, están poseídas de un temor natural por la fragilidad de la criatura, de miedo a que aquel organismo en cualquier momento ceda a los embates de una enfermedad, en cuanto la naturaleza los desvincula un poco de ellas—primero porque se rompe la unión de la madre con el niño a través del pecho, la unión alimenticia—y en segundo lugar porque al caminar, la misma naturaleza parece también darles medios propios para separarse de la madre, entonces los padres y las madres se confían y el niño está más abandonado a esa edad.

Una cuarta razón para fijar preferentemente nuestra atención en la edad pre-escolar, es la falta de obras de asistencia y de previsión para esa edad. Mientras en todos los países está organizada la asistencia de la primera infancia con especial cuidado, mientras no queda ya casi ningún país en que la asistencia escolar no se lleve a cabo, no hay, en cambio, casi obras para atender a los niños en la edad pre-escolar que, como hemos visto, las necesitan de un modo tan apremiante.

Ahora bien: ¿cómo se puede llegar a atender la edad pre-escolar? En la edad escolar es fácil porque están los niños agrupados, pero en la edad pre-escolar no es así. A mi juicio, se puede encarar el problema tomándolo por las dos puntas: prolongar la acción de las obras de primera infancia de tal manera que en los consultorios de primera infancia se pueda seguir a los niños hasta los dos, tres o cuatro años de edad, procedimiento fácil que establecería cierta continuidad en la acción; y asimismo prolongar, o mejor dicho adelantar las obras escolares.

Ha hablado el Dr. Zwanck de los jardines de infantes. Indudablemente que los jardines de infantes y las obras modernas de educación son muy eficaces. Y digo educación y no enseñanza, refiriéndome a que en esos jardines no se imparte especialmente instrucción sino que se educa y prepara al niño para la lucha por la vida, dándole todo lo que precisa a esa edad, que es distracción, cambiarle de tema y moverlo, evitarle los bancos escolares con asientos fijos, permitiéndole que pueda pararse, o sentarse, obedeciendo a las inclinaciones de la edad, pero de ningún modo someterlo a un trabajo que lo canse intelectualmente: En una palabra, buscar dentro de esas diversiones la educación del niño. En este sentido, la obra de Montessori es extraordinaria. En nuestro país no ha tenido mucha difusión, pero en los últimos años en la mayor parte de las escuelas de la Capital se han establecido clases-jardines, clases para niños de edad pre-escolar. De ese modo esos niños se van preparando para la escuela y, desde el punto de vista sanitario sometidos a la vigilancia médica, con grandes beneficios. Este es uno de los medios que permiten encarar más fácilmente la solución del problema.

Desde el punto de vista sanitario cabe observar lo siguiente,

corroborado por la experiencia de todos los que nos hemos ocupado de higiene escolar: Que todas las deficiencias que presenta el niño en edad pre-escolar, como la hipertrofia de las amígdalas, las desviaciones de la columna vertebral mal llamadas escolares, etc., todas ellas se presentan en la edad pre-escolar, y, naturalmente, son más fáciles de combatir a esa edad que después, porque no han tomado todavía tanto incremento.

Por estas razones, yo me adheriré al voto del Dr. Zwanck, pidiendo el interés de los Gobiernos por los niños en edad pre-escolar, a fin de que fomenten la multiplicación de los jardines de infantes, y, agregaré, la de las clases-jardines en las escuelas públicas, como un medio económico y eficaz para enfrentar el problema.

En el otro aspecto de la cuestión, o sea la edad escolar, voy a ser breve. En el Uruguay lo mismo que en la Argentina se ha pasado por esa primera etapa de que hablaba el Dr. Zwanck, que yo no creo tan infructuosa como él decía, pues si bien no había tratamiento, eso fué lo que indujo a hacer estadísticas para saber dónde estaban los defectos con el objeto de poder corregirlos después.

Ahora, naturalmente, los servicios han aumentado; se ha entrado en la vía del tratamiento—la única vía de profilaxis posible—con la multiplicación de las clínicas dentales, de especialidades, escuelas al aire libre, escuelas de la playa, preventorios, escuelas de predispuestos a la tuberculosis, etc. La obra es tan grande y el esfuerzo que requiere tan enorme, que es necesario conectar todos los servicios para que puedan ser eficaces. En primer lugar, es indispensable que los servicios de sanidad escolar se conecten con los servicios de sanidad general. Los servicios sanitarios en cualquier país, tienen como uno de sus principales objetivos el seguir al niño desde el nacimiento hasta la edad adulta, y no es posible que la sanidad escolar esté apartada de aquellos organismos. Esos servicios generales deben tomar al niño desde la primera edad y seguirlo en la edad pre-escolar y en la edad escolar y hasta en la higiene industrial, con su ficha completa. En ese sentido, es necesaria la conexión de la sanidad escolar con la sanidad general. Dentro del marco de que hablaba hace un instante el señor Delegado de Costa Rica de los centros de salud, es donde se encara perfectamente esa parte del problema.

El otro punto a que quiero hacer referencia es la necesidad de coordinar con la sanidad escolar las obras de asistencia general. Porque si no, resulta que hay que crear todos los servicios, y hasta los especialidades, en todo el país, exclusivamente para la sanidad escolar, resultando enormemente dispendioso el gasto. Buscando la conexión con los servicios de asistencia se puede simplificar enormemente esa parte del problema. Naturalmente que en los países donde se tiene la unidad de los servicios de asistencia y de sanidad, la tarea es fácil. En ese sentido, entre nosotros se ha

conseguido realizar un esfuerzo en los últimos años. La sanidad escolar fué creada por el Ministerio, pasó primero a instrucción primaria, de instrucción primaria pasó al Ministerio de Salud Pública, y hoy ha pasado, dentro del Ministerio de Salud Pública, al Consejo del Niño. De manera que en ese sentido hemos conseguido realizar un progreso. Y como es el fruto de la experiencia, yo lo ofrezco en forma de un voto redactado como sigue:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda que los servicios de sanidad escolar sean coordinados con los otros servicios de sanidad, a fin de que sean una continuación de los de primera infancia y de la edad pre-escolar; y que se conecten esos servicios con los de asistencia, lo que facilitará la corrección de defectos y el tratamiento por especialistas, haciendo que sea así la obra social completa y al mismo tiempo económica.

Dr. COUTTS (Chile). El Dr. Schiaffino, en su brillante exposición, nos ha hecho conocer la inmensa importancia que tiene la edad pre-escolar. Es con ese motivo que me permito formular un voto, que conjuntamente firma el distinguido Delegado de Colombia, que dice así:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, con el propósito de contribuir al cuidado y educación del niño durante la época pre-escolar, recomienda la conveniencia de la organización de asociaciones de padres de familia, a fin de que por su intermedio puedan llegar hasta los niños los modernos conocimientos científicos.

El Sr. PRESIDENTE. Están en discusión los votos propuestos. Si no se hace uso de la palabra, pasarán a la Comisión de Redacción. (*Asentimiento.*)

Dr. DIEZ DEL CIERVO (Venezuela). Como nuestro activo y dinámico Secretario Dr. Zwanck nos ha hablado de la necesidad de la educación sanitaria del niño, con el objeto de formar una conciencia higiénica infantil, creo oportuno exponer aquí que el médico jefe del servicio sanitario escolar e inspector escolar de mi país, alarmado por la absoluta ignorancia de la generalidad de los niños que van a sus servicios sobre los más elementales principios de la higiene, tuvo la feliz idea de reunir en un libro que llama "Libro Primero Sanitario de Lectura," los principios elementales de la higiene, substituyendo con ellos las frases banales de la generalidad de nuestros libros de lectura, para aprovechar el momento psicológico de la edad infantil, pues, como todos sabemos, el niño es apto para recibir y guardar en el fondo subconsciente de su ser, las ideas adquiridas que más tarde influirán en el ser consciente.

En la Secretaría de esta Conferencia he depositado varios ejemplares de este libro, que someto a la consideración de la Asamblea y está a disposición de los señores Delegados. Creo que por medio de él podríamos llegar al desiderátum expuesto por nuestro activo Secretario.

El Sr. PRESIDENTE. Agradezco, por mi parte, al señor Delegado de Venezuela el trabajo que nos presenta.

Terminado el debate relativo a la lucha contra la mortalidad infantil y a la protección de la infancia, debo dar conocimiento a la

asamblea de que la VII Conferencia Internacional Americana, reunida en Montevideo en Diciembre último, elogió altamente la obra que realiza el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, a que algunos de los señores Delegados se han referido, y pide a todos los Gobiernos que aún no lo hagan que se sirvan ayudar con su protección a ese instituto, el cual hasta ahora no recibe subvención sino de pocos gobiernos del continente. Es en ese sentido que la VII Conferencia Internacional Americana ha recomendado a esta Conferencia el conocimiento de sus actividades y el deseo de que todos nos intereseamos, para que nuestros respectivos gobiernos colaboren con su ayuda en esta obra benéfica.

Si ninguno de los señores Delegados pide la palabra sobre este asunto, se va a dar lectura a un proyecto de resolución que ha presentado el señor Delegado de Estados Unidos General Cumming, referente a la peste.

PESTE

Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, después de estudiar la documentación sometida por la Oficina Sanitaria Panamericana y por la Oficina Internacional de Higiene Pública sobre la posible trasmisión de la peste por pulgas albergadas en los sacos y la tela de yute, y en vista de la importancia potencial del hecho, toma nota de la información antedicha y la opinión de los organismos internacionales citados, afirmando que es necesaria una investigación prolija de la cuestión relacionada con la supervivencia de pulgas infectadas y albergadas en las mercaderías, tomando en cuenta la naturaleza y origen del cargamento, la atracción que éste ejerce sobre ratas, la duración del viaje, la temperatura y el grado de humedad de la bodega así como todo otro factor que pueda tener influencia en el problema, antes de que pueda arribarse a una conclusión definitiva.

La Conferencia sugiere que el mejor método para la solución de tal problema es una investigación realizada conjuntamente por la Oficina Sanitaria Panamericana y por la Oficina Internacional de Higiene Pública.

El Sr. PRESIDENTE. La resolución que se propone no hace sino declarar la necesidad de una investigación más amplia y más profunda. Creo que todos los señores Delegados están de acuerdo. (*Asentimiento general.*)

Dr. VARGAS PRADA (Perú). Como ha sido en el Perú, donde un médico peruano, en unión del Dr. Long, ha lanzado esa hipótesis sobre las pulgas, yo me permito ofrecer el Perú para llevarse a cabo esos estudios, pudiendo anticipar que todos los que deseen intervenir gozarán de las más amplias facilidades y comodidades en el desempeño de su misión.

El Sr. PRESIDENTE. Correspondería entrar a considerar ahora el tema de la tuberculosis, pero como sin duda él ha de provocar un debate extenso, sería preferible que tratáramos un tema breve antes de pasar a intermedio.

Podríamos tratar ahora lo relativo al problema de la alimentación popular en América y luego, una vez reanudada la sesión, el tema de la tuberculosis. (*Asentimiento general.*)

Tiene la palabra el señor Delegado del Uruguay, Dr. González.

ALIMENTACION

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Como ya he tenido oportunidad de referirme a las actividades que se realizan en el Uruguay con respecto a la nutrición, alimentación y dietética, voy a prescindir de los detalles, porque está en la conciencia de todos los señores Delegados la importancia social sanitaria que tiene el problema. Me limitaré a dar los fundamentos del voto que voy a proponer dado que, como consecuencia de las recomendaciones hechas en las reuniones de autoridades sanitarias, paulatinamente los países van incorporándose a los trabajos relacionados con la nutrición.

Dicen así los fundamentos y el voto que propongo:

Uno de los artículos de la resolución aprobada por la Séptima Conferencia Internacional Americana, celebrada en Montevideo, en diciembre de 1933, se refiere a la conveniencia de establecer de modo parcial y progresivo, la *uniformidad de tipos y patrones* panamericanos sobre alimentos y drogas, a fin de facilitar el intercambio comercial entre los diversos países, sin atentar contra los intereses sanitarios de los mismos. Esta uniformidad de patrones y tipos deberá ser estudiada por la Oficina Sanitaria Panamericana, a fin de ser discutida y aprobada en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

El corto tiempo transcurrido entre la Séptima Conferencia Internacional y ésta que hoy celebramos, impide presentar a la aprobación de la Asamblea un estudio circunstanciado y preciso de los tipos y patrones panamericanos, a que se hace referencia. Por lo tanto, para dar cumplimiento a la resolución sobre alimentos y drogas en esta parte y a fin de que los trabajos pertinentes puedan ser presentados en la próxima Conferencia Sanitaria, propongo el proyecto de resolución siguiente:

La Oficina Sanitaria Panamericana queda facultada para realizar en forma parcial y progresiva, el estudio de tipos o patrones sobre alimentos y drogas, de acuerdo con la resolución de la Séptima Conferencia Internacional Americana. y si lo estimara conveniente, nombrará una comisión de expertos, debiendo presentar dicha entidad, el resultado de los trabajos pertinentes, para su debida aprobación, en la próxima Conferencia Sanitaria.

Dr. HOUSSAY (Argentina). Estos problemas de orden alimenticio tienen un interés considerable, porque de su resolución depende en gran parte la salud de los pueblos. Creo, por lo tanto, que deben ser encarados de una manera franca por los países americanos, porque en realidad en todos ellos hay deficiencias importantes en la alimentación popular, aún en los mismos países en que hay abundancia de productos alimenticios.

El estudio de estos problemas comprende diferentes puntos. En primer lugar, la composición y valor nutritivo de los alimentos propios de cada país. No sólo hay que tener en cuenta los datos sobre alimentación popular, sin despreciar ninguno, sino que también convendría consignarlos y recoger datos del "folklore," pues de los

platos regionales algunos tienen valor alimenticio. Conversando de la utilidad de una investigación semejante con un médico de mi país, se propuso reunir todos los datos sobre alimentación en su provincia. Recogió datos y tengo en mi poder una larguísima lista de platos de comida que se consumen en su provincia, Santiago del Estero. Me parece que esa tarea de reunir datos sobre alimentación convendría la hicieran todos los pueblos de América, pues sería extremadamente interesante una especie de repertorio de alimentación popular, con informes precisos sobre su composición y manera de prepararlos.

El segundo punto importante a estudiar, ya de carácter científico, es la composición y valor nutritivo de los alimentos propios de cada país; tan interesado estoy en esto que, a pesar de que mi Instituto no se especializa en ello, he hecho estudiar la composición y el valor de numerosos productos, como el algarrobo, etc.

Fuera de esos dos aspectos interesantes, hay también otros importantes, como el de establecer estadísticas rigurosas de la alimentación de cada país por regiones, por profesión, por edades, etc. Debo decir que aun en los países que tienen estadísticas bastante adelantadas como el nuestro, es difícil poder establecer exactamente los datos de la población de las distintas regiones. Se necesitaría todo un cuerpo de inspectores y una organización especial para hacer un trabajo correcto al respecto.

Otro punto de capital interés sería el de reunir datos e informes precisos sobre la influencia y valor de los diferentes alimentos en el trabajo muscular y físico de los sujetos y en el desarrollo del hombre en sus diferentes edades. Sobre el particular me limitaré a decir que si nosotros tenemos tanta morbilidad infantil, se debe en gran parte al desconocimiento que hay sobre el verdadero valor y eficacia de los alimentos. El nudo del problema está a mi juicio en la nutrición infantil.

Hay también otras cuestiones interesantes, como las relativas a la obtención de alimentos en los diferentes países de Sud América, su elaboración y distribución. El problema de la obtención lo considero amplio. Por ejemplo, la cantidad de proteína que se toma ¿es suficiente? ¿es conveniente? Hay ciertas regiones de países donde hay pescado en las costas y en el interior comen alimentos vegetales; en otras zonas hay carne y en las restantes no. Este problema de la alimentación presenta tal variedad de aspectos y es de una significación tan grande, que no escapará a los señores Delegados que en la América del Sud hay deficiencias alimenticias. Consecuencia de ellas es la enfermedad conocida con el nombre de "beriberi," cuyas características todos los señores Delegados conocen. También podemos citar el escorbuto, que podría referirse a una deficiencia relativa en proteína, y digo relativa, porque en casi todas las regiones de la América, tenemos una unidad de crecimiento

infantil muy superior a la de Europa. No puede determinarse con seguridad el origen de esto, pero por el análisis de los factores presumo que debe estar en relación con la riqueza considerable de nuestra alimentación proteica. También podría mencionar problemas sobre deficiencias del yodo, pues cualquiera sea el factor causante del bocio, indudablemente el yodo es un factor que lo contrarresta. Fuera de estos problemas por deficiencias, los hay también por exceso. Yo puedo asegurar que ese problema existe en varias partes de la América del Sud y en distintas localidades de nuestro país. Todos estos problemas tienen importancia si tenemos en cuenta que la falta de tal o cual alimento puede provocar una enfermedad. Todos saben que la tuberculosis está en estrecha relación con factores alimenticios. El mismo problema del bocio es un factor de esta naturaleza.

Creo que estos problemas debieran ser encarados por los países de América y de otras partes del mundo. Desde luego, no son asuntos que correspondan a las universidades porque éstas no pueden sino preparar a los médicos: Estos son problemas que corresponden a los Departamentos de Salud Pública. Hay indudablemente, dentro de las instituciones sanitarias americanas, algunas que se ocupan especialmente de estas cosas. En Buenos Aires, por ejemplo, existe una institución municipal, creada por iniciativa del Dr. Escudero, el Instituto de Nutrición, y hospitales de carácter especial, como el Ramos Mejía, donde el problema de la alimentación es constantemente estudiado. Pero, de todos modos, entiendo que con respecto a estos servicios de salud pública hay una tarea importante a desarrollar, para encarar y solucionar como corresponde, todos estos problemas relacionados con la alimentación.

Voy, pues, a permitirme formular el siguiente voto:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a las Direcciones de Sanidad de los países americanos que organicen departamentos o secciones encargadas de establecer la composición y el valor nutritivo de los alimentos propios de cada país; preparar estadísticas de la alimentación por nación o regiones, por profesiones y edades; estudiar la obtención, elaboración y distribución de los alimentos, todo ello con el fin de mejorar las deficiencias nutritivas actuales y asegurar un mejor desarrollo fisiológico de los habitantes y su mayor resistencia a las enfermedades.

Dr. BEJARANO (Colombia). Entre los asuntos que han sido sometidos a la consideración de la Conferencia, ninguno más importante, a mi modo de ver, que el relacionado con la alimentación de los habitantes de América. Por eso considero que la insinuación hecha por la Delegación del Uruguay es una de las más trascendentales que se nos hayan propuesto.

Con gran timidez, naturalmente, tomo la palabra después de la exposición que acaba de hacer el Dr. Houssay, autoridad en estas cuestiones y que, además de su reconocida capacidad en esta materia, tiene en sus manos el eficaz laboratorio que todos hemos visitado con gran admiración. Y quiero referirme especialmente a hechos

que yo vengo observando dentro de mi país, que me parece afianzarán aún más el convencimiento de que nosotros debemos hacer de esta moción algo muy singular para someterlo a la consideración de nuestros gobiernos.

Es evidente que en América, y especialmente en los habitantes de algunas de sus regiones—en los del altiplano, diría yo—hay grandes deficiencias desde el punto de vista de la alimentación. Y esas deficiencias tienen, a mi modo de ver, mucha relación con la existencia de algunas enfermedades endémicas. En la anemia tropical, sabemos lo que sucede aquí en la Argentina en la provincia de Corrientes, donde según lo observado por médicos, el anquilostoma no tiene acción patógena, hecho que concuerda con la declaración terminante del sabio Prof. Chagas, de que el anquilostoma duodenal es agresivo para el organismo si falta en él la hemoglobina, y de que uno de los medios de prevención contra esa enfermedad sería el administrar sales de hierro a los individuos para evitar la acción patógena del gusano. Así de esta manera, según él, lograríamos dominar la enfermedad con un procedimiento muy sencillo y poco costoso.

Fuera de la anemia tropical hay también a mi modo de ver, una estrecha vinculación entre la lepra y el factor alimenticio. Yo parto del principio de que actualmente el tratamiento de la lepra no sólo está encomendado a la acción de los ésteres del chaulmugra, sino que también debe tenerse en cuenta la parte relacionada con el régimen alimenticio. Es casi seguro, pues, que en la lepra hay un factor de deficiencia alimenticia, al cual viene a sumarse también otro: La falta de higiene en la habitación y en el cuidado personal. Son estos factores y el alimenticio, los que en algunas regiones leprógenas de Colombia pueden desempeñar un gran papel en la existencia de la lepra.

Pero hay una cuestión o una consideración de orden racial que yo tendré que invocar ante la Conferencia, y es la de que entre nosotros se atribuye por algunos médicos a deficiencia de la ración alimenticia la necesidad de consumir o ingerir por el pueblo de las altiplanicies, la "chicha," bebida que los médicos hemos venido combatiendo de una manera intensiva desde tiempo inmemorial y que a mi modo de ver ha contribuído a acabar con el elemento autóctono, hecho análogo al observado en el Perú con el vicio de la coca y que allí el gobierno ha tratado de remediar con leyes adecuadas. Las bebida llamada "chicha," que se ha venido conservando, algunas veces con su vieja ritualidad en su preparación, encierra componentes y substancias que han sido estudiados por nuestros hombres de ciencia y señalados como venenos nocivos a la salud del individuo y de la raza.

Pues bien: algunos de nuestros higienistas y médicos más destacados piensan que la chicha en nuestros campesinos y obreros del

altiplano será una bebida que continuará flagelándolos indefinidamente, pues es bien sabido que contra la chicha se han invocado no sólo argumentos científicos, sino también argumentos religiosos. Siendo este un pueblo eminentemente religioso, como lo fueron todos los de la antigua colonia española, arzobispos de aquellos tiempos hubo, que, según documentos que han llegado hasta nosotros, condenaron bajo pena de excomunión el consumo de la chicha. Y a pesar de esa amenaza, que debía impresionar profundamente el espíritu místico y religioso del pueblo, ello no impidió el consumo de la chicha y ni siquiera se vió ese consumo disminuído.

Pues bien: algunos de nuestros médicos aducen como razón, casi biológica, para explicarse ese consumo fatal de la chicha, que lleva a nuestro obrero y campesino a tan fatídico vicio al cual se suman las enfermedades y el retroceso de su índice mental y de su índice social, eso, digo, ha sido atribuído solamente a deficiencias de su ración alimenticia. En razón de esa deficiencia, el individuo se vería impulsado al consumo de una bebida que, sin los defectos que atañen a su mala preparación, podríamos decir que tiene evidentemente condiciones alimenticias de primera fuerza: Está hecha a base de maíz, tiene gran cantidad de vitaminas; tiene, cuando se prepara en debidas condiciones, apenas una pequeña cantidad de alcohol, la suficiente precisamente para reemplazar esa falta de calorías que no aporta la ración alimenticia diaria. Estas son las observaciones generales que yo hago sobre la importancia de la alimentación del pueblo y del obrero, fuera naturalmente de lo que se refiere al alcoholismo, que no es solamente un flagelo para el obrero mismo, sino que, al llevarlo a malgastar sus economías en el alcohol, le resta toda aquella cantidad de dinero de lo que debería destinar a su ración alimenticia, y a la de su familia.

Yo creo, pues, que nosotros debemos evidentemente sustentar, de la manera más entusiasta, la proposición del Prof. Houssay en el sentido de que se funden institutos que estudien la bromatología de cada país.

Para Colombia, especialmente, esto tiene gran importancia porque yo acepto desde luego que en las clases obreras de América hay por incultura como por escaso salario, una perjudicial ración alimenticia. Por lo que hace a mi observación de hace pocos días en la Argentina, encuentro con gran satisfacción que el obrero de la ciudad se alimenta bien y está alejado del alcoholismo, entre otras cosas, por su buena alimentación y por su excesiva afición al deporte, conservando así en toda su pureza los atributos de las razas extranjeras. Además es preciso preocuparnos por hacer la cultura "alimenticia," digamos así, de nuestras clases sociales. Esto es fundamental; yo diría básico, en esta obra. En Colombia, por ejemplo, he hecho la observación de que no obstante la fertilidad extraordinaria de su suelo, donde los árboles frutales de todas las

especies se propagan con una maravillosa abundancia, es, sin embargo, un país donde la fruta es un alimento de lujo para el pueblo porque además de escaso salario, en algunas ocasiones, desconoce totalmente el valor de la fruta como factor de su alimentación. De suerte que yo ampliaría el voto del Prof. Houssay en el sentido de que, además de hacerlo por medio de los institutos que estudien la bromatología de cada país, se haga también, por medio de la escuela primaria, una amplia difusión sobre el valor de los alimentos como factor racial.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Yo felicito al Dr. Houssay por su iniciativa. La profundidad con la cual invoca el porvenir el distinguido maestro de la Fisiología argentina, revela su alta alcurnia espiritual y su garra para tomar problemas que todavía no se han definido concretamente y presentarlos en toda su virtualidad y trascendencia.

Yo me felicito de asistir a esta transformación de las conferencias sanitarias americanas que abandonan ya lo que pudiéramos llamar el campo meramente técnico de cuarentenas y leyes especializadas contra esta o aquella dolencia, para afrontar el problema total de la América como un problema de Medicina Social. ¿De qué se trata? En buena cuenta, el Prof. Houssay, con su alta autoridad, nos ha demostrado el gran mundo abierto a nuestras futuras determinaciones y a la par que nos previene contra los peligros y los daños fundamentales que una mala alimentación origina, nos alegra informándonos de las riquezas que para la alimentación de sus pueblos guarda la América, de lo cual surge la necesidad de disciplinar el fondo de la raza americana. Incluso nos muestra cómo la influencia del hombre, más o menos grande, más o menos pequeña, según las zonas, es un factor que es menester tener en cuenta para interpretar esta desemejanza que se observa en los distintos puntos poblados de la América. Antes de ahora ya habíamos hablado de la lepra, capítulo de prevención del hombre; habíamos hablado de agua, capítulo de prevención de la ciudad, y por eso he tomado la palabra para remarcar que por primera vez en una Conferencia Sanitaria Americana se abre el camino hacia una gran fuerza social de modelamiento de la población americana. Pertenece a la Escuela Argentina, a Buenos Aires como sede y al maestro de la Fisiología argentina como animador, el mérito excepcional de haber colocado este asunto en la Agenda de estas conferencias, y yo no puedo sino ofrecerle mis más rendidas expresiones de admiración, que él sabe cuán sinceramente siento.

Dr. MIRANDA (México). Los oradores que me han precedido en el uso de la palabra, han establecido claramente cómo el problema de la alimentación es, para un pueblo, un problema básico.

La alimentación de un pueblo sigue la curva de su bienestar económico. Hay dos peligros en cualquier extremo: El peligro de la

hipoalimentación que es el hambre, y el peligro de la hiperalimentación. Así como los países de nivel económico bajo, sufren por regla general de los peligros de una hipoalimentación, los pueblos que están sobrealimentados sufren los peligros de la sobrealimentación. Llevar a un equilibrio fundamental, básico, la ración alimenticia, no sólo en cantidad sino también en calidad, es enteramente necesario. La curva de la mortalidad sigue los accidentes de estos vicios. En aquellos países donde predomina la hiperalimentación, se ve que prosperan la diabetes, la obesidad, la gota, y todas esas enfermedades de hombres ricos y de pueblos ricos; mientras que en aquellos países donde la alimentación, en término general, es baja, se encuentra la población libre de estas enfermedades de la nutrición, en absoluto. Puede consagrarse como una verdad que la austeridad de vida lleva en general a conservarse dentro de un nivel de alimentación racional, siempre que no se caiga en el extremo y se llegue al hambre. Es necesario llevar a la conciencia de los pueblos que en nuestra fiebre de crecimiento es necesario poner un límite a nuestros dispendios y a nuestros desperdicios y a nuestro afán de confort y de bienestar, suprimiendo lo superfluo, que hace muchas veces tanto mal como la carencia.

El niño mexicano, es cierto que es muchas veces víctima de la baja alimentación; pero es notable que cuando se encuentra adaptado por muchas generaciones a un régimen de austeridad, vive más sano, en esas condiciones, que cuando se le aumenta forzosamente su régimen alimenticio. Cuando yo encuentro en las clínicas un indio diabético, puedo asegurar de antemano que ese indio tiene un salario comparable al del hombre blanco. Es cuestión de salario: Todo individuo que llega a un salario determinado, tiende a sobrealimentarse.

El estudio de todas estas cuestiones lleva a rumbos distintos según las posibilidades y condiciones existentes en cada pueblo; pero yo he querido hacer uso de la palabra por la predominancia en la discusión de señalar el factor carencia, hambre, que no es el único factor importante en la nutrición; que tanto más importante desde luego es mantenerse dentro de un nivel medio de austeridad.

Dr. VARGAS PRADA (Perú). Ya que se trata de este asunto de la alimentación, quiero hacer presente que, en mi país, mi Gobierno ha instalado los restaurantes populares, en locales perfectamente higiénicos, con alimentación variada y a precios irrisorios, a efecto de dar al pueblo alimentación buena y barata. Por el momento, sólo se han instalado en la Capital de la República; pero es intención del Gobierno llevarlos a todos los puntos de la República.

Dr. BEJARANO. El voto que propongo, señor Presidente, es así:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los gobiernos establecer en la escuela primaria la difusión del conocimiento de las cuestiones referentes a la alimentación del hombre como base de defensa de la raza, y se consigne como punto especial de consideración en la X Conferencia Sanitaria

Panamericana, a la cual será de desear que los laboratorios de bromatología presenten conclusiones sobre sus estudios.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero recordar un antecedente: En la Conferencia de Directores de Sanidad del año 1931, reunida bajo la presidencia del General Cumming, nos ocupamos de esta cuestión y se recomendó a los países americanos la importancia de ella; lo que no obsta a que se pronuncie aquí otro voto. Lo recuerdo como antecedente, simplemente.

Invito a los señores Delegados a pasar a intermedio.

Así se hace, siendo las 17 y 50 horas (5:50 P. M.).

A las 18 y 10 horas (6:10 P. M.).

El Sr. PRESIDENTE. Continúa la sesión.

Invito al señor Delegado de Panamá, Dr. Oscamou, a acompañarme en la Presidencia.

Corresponde considerar el tema: "La tuberculosis y en particular, la vacunación antituberculosa. Proyecto de Instituto Panamericano de la Tuberculosis (de la 7a. Conferencia Internacional Americana)."

TUBERCULOSIS

Dr. EMERSON (Estados Unidos). *Se expresa en idioma inglés (véase el Apéndice), siendo traducidas sus palabras por el Secretario, Dr. Zwanck:* El uso del BCG., para proteger a los recién nacidos de la infección tuberculosa, no ha sido adoptado en forma muy extendida en los Estados Unidos.

Esto ha sido debido a varias razones, entre las cuales deben citarse los trabajos de Petroff de Saranac, quien afirmó haber transformado los bacilos atenuados en virulentos, por medio de ciertos métodos de cultivo. Aún cuando estos trabajos no han sido confirmados por otros estudios, ellos han servido para desalentar el uso de la vacuna por los médicos norteamericanos.

Una segunda razón, que gobierna fuertemente la opinión, es la de que es más prudente proteger al lactante del contacto con casos abiertos de tuberculosis, que tratar de proporcionarle inmunidad por vacunación. Por medio del Servicio Social en cooperación con la profesión médica, esto es generalmente posible. El procedimiento más empleado es el de alejar el caso infeccioso de la casa y permitir que el lactante permanezca en el hogar, donde tendrá las mejores probabilidades para un desarrollo saludable.

Otra razón para no adoptar el método de la vacunación en los niños, está en el hecho de que aunque Francia y otros países han hecho una gran experiencia sobre su uso, esa experiencia no nos parece a nosotros, suficientemente controlada.

En vista de este hecho, el Dr. William H. Park, del Laboratorio Bacteriológico de la ciudad de Nueva York (New York City Bacteriological Laboratory), ha emprendido un experimento contro-

lado, que lleva ya siete años de duración. El plan es similar al que yo entiendo se sigue aquí en la Argentina, vacunando la mitad de lactantes nacidos bajo comparables condiciones y dejando la otra mitad sin vacunar y haciendo vivir a los dos grupos bajo los mismos cuidados y vigilancia. Como el experimento debe ser seguido durante muchos años para dar una prueba final del valor del procedimiento, el Dr. Park acaba de terminar un informe hasta el momento actual, el que se rá publicado en la Revista Americana de la Tuberculosis (*American Review of Tuberculosis*). El ha sido tan amable que nos ha permitido leer el manuscrito y aludir a las conclusiones a que ha llegado hasta hoy.

Al principio de su experimento él administró la vacuna oralmente. Muchos de los niños así tratados fallaron en mostrar una reacción tuberculínica positiva, en cualquier tiempo después del tratamiento. En los últimos años, él ha usado el método por inyecciones, para administrar la vacuna, con un gran aumento de la frecuencia de las reacciones cutáneas positivas. Park encuentra que los niños tratados por baco en sus series, muestran la mitad del número de muertes por tuberculosis, que los no tratados. Entre los lactantes que reciben el BCG hipodérmicamente, la proporción es mucho mayor. El Dr. Park deduce de los trabajos que ha realizado hasta ahora, que no existe peligro en el uso del BCG, ni aún en los recién nacidos, ya se administre por boca o bajo la piel.

Finalmente establece que la vacunación proporciona protección a aquellos lactantes que deben vivir bajo condiciones en que la infección es probable. El no recomienda que la vacuna sea usada como un procedimiento general, pero aconseja su adopción como un método de sanidad pública satisfactorio en los casos en que las condiciones familiares u otras circunstancias parecen indicar que se darán así al lactante mayores probabilidades de protección contra la infección. Por ejemplo: Cuando la madre, enferma de tuberculosis, ya sea por razones económicas ú otras, debe continuar cuidando al niño, es más seguro vacunarlo.

Hay muchas ciudades en los Estados Unidos en las que la vacuna ha sido usada por médicos particulares, algunas veces solamente entre niños, otras tanto en niños como en adultos. Ninguna de estas series es suficientemente numerosa o significativa, como para considerar que agregan algún conocimiento esencial sobre los ya suministrados por otros países.

Dr. COUTTS (Chile). Del interesante trabajo del Prof. Emerson se deduce que las experiencias sobre vacunación, iniciadas en Estados Unidos en la época en que se realizó la 2a. Conferencia de Directores de Sanidad, en cuyas discusiones tomó parte activa el Prof. Kraus, que todos recordamos, sufrieron un rudo golpe, en dicho país, por los trabajos de Petroff. Como los señores saben, hubo una época en que la vacunación en Chile se estableció oficialmente,

pero luego, en vista de ciertas desgraciadas circunstancias, dejó de tener carácter obligatorio. El Prof. Emerson hace referencia a los trabajos del Dr. Park después de siete años en que recomendó en cierto modo el empleo del BCG y hace señalar este hecho: Que a pesar de sus estudios, una difusión general del BCG no le parece a él tampoco apropiada todavía. El sentir de todos los investigadores, salvo en algunos países europeos, y en el terreno de la experimentación, es de que el BCG no ofrece por el momento ese campo amplio que nosotros aceptábamos en un comienzo. Y yo me permitiría proponer a la Conferencia Panamericana aquí reunida, que acordáramos que, en vista de que el problema todavía no está bien esclarecido en América y de que no tenemos aún experiencia suficiente sobre el BCG dejáramos este asunto para tratarlo en la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana, en la que posiblemente tendremos ya más elementos de juicio y más trabajos científicos que nos indiquen alguna orientación a seguir.

Por ahora, repito, nuestra opinión—me refiero a la de la Delegación chilena—es que no podemos dictaminar sobre el BCG, porque es algo sobre lo que todavía no tenemos autorización para decir si debe o no aconsejarse.

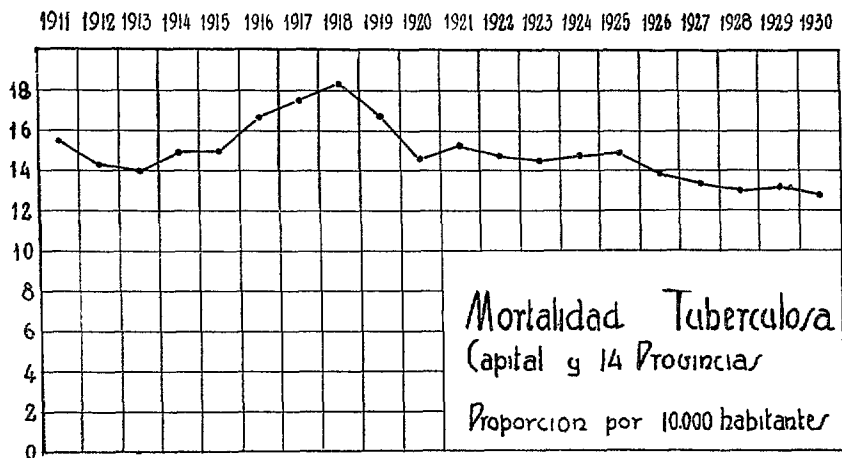
El Sr. PRESIDENTE. A pesar de lo que acaba de proponer el Dr. Coutts, no creo haya inconveniente, y por el contrario me parecería ventajoso, que escucháramos la palabra de los señores Delegados que, con respecto a este tema y a sus respectivos países, desearan hablar. Si ninguno quiere hacerlo, voy a referirme yo al punto lo más brevemente posible.

Sigo creyendo que el problema de la tuberculosis es capital para nuestros países de América. Junto con el de la mortalidad infantil, lo considero el más importante de nuestros problemas sociales.

No voy a hacer, naturalmente, una disertación extensa, sino simplemente a puntualizar nuestra situación y especialmente algunos datos demográficos de los últimos años, para compararlos con los que se han dado en las Conferencias anteriores.

En nuestro país la situación de la tuberculosis, epidemiológicamente, es sensiblemente la misma que hace siete u ocho años, es decir, que en los momentos en que se desarrolló la última Conferencia Sanitaria Panamericana. He dicho que sensiblemente es la misma, pero en realidad podemos notar una pequeña mejoría. Así en el quinquenio de 1921 a 1925, la tasa de la mortalidad general era el 14.5 por cada diez mil habitantes. En el quinquenio de 1926 a 1930, esa cifra ha bajado ligeramente a 13.4 por cada diez mil habitantes. El descenso, como se ve, es pequeño. Aparece más grande, sin embargo, si se compara el primer año del decenio con el último. En el año 1921, era de 15.4 y en 1930 ha sido sólo de 12.6. No es muy grande el descenso, pero es ya apreciable: Es más o menos 3 por cada diez mil habitantes.

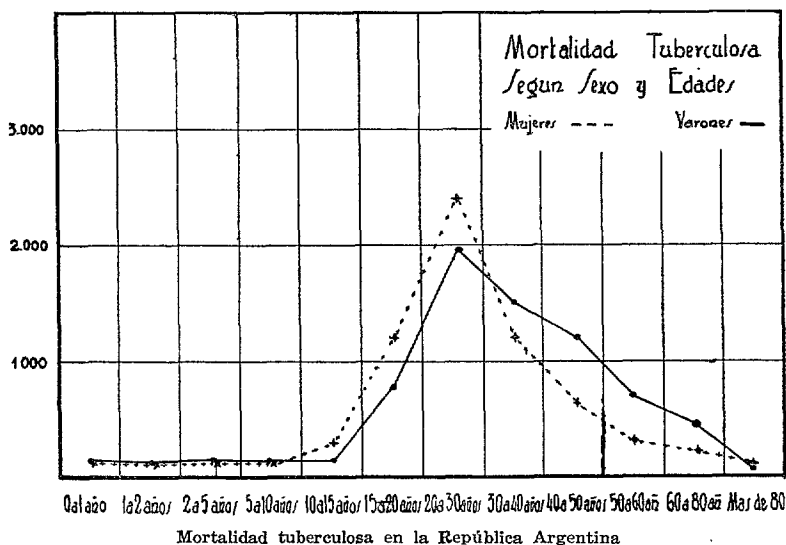
En cifras absolutas, perdemos por tuberculosis, de 13,000 a 14,000 habitantes por año en todo el país; 3,600 en esta Capital. Pero esas cifras absolutas, y por consiguiente las relativas, son, a mi juicio, bastante inferiores a la realidad. Un cierto número de tuberculosos no están inscritos como tales en las tablas demográficas, por varias razones que, siendo posiblemente iguales o parecidas en otros países, conviene señalar.



Mortalidad tuberculosa en la República Argentina

En primer lugar, ya dije que en una parte de nuestro país hay un determinado número de casos que figuran sin diagnóstico de mortalidad, o por lo menos con un diagnóstico inseguro, lo que designa la estadística del Departamento Nacional de Higiene, como "causas mal especificadas." Ellos, en todo el país, representan más o menos un 15 por ciento. Claro es que entre ese 15 por ciento de causas no especificadas, hay un buen número de tuberculosos. Además, por complacencia del médico o por otras circunstancias, hay también un cierto número de muertos por tuberculosis que figuran inscritos como fallecidos por otra enfermedad (algunas familias piden al médico que no inscriban en los certificados la tuberculosis). Aparecen así como muertos por bronquitis crónica, enfisema, neumonías, bronconeumonías, etc. Esto en cuanto a la tuberculosis del aparato respiratorio. Y por lo que respecta a otras, tenemos un caso especial con el que se desfigura mucho la estadística: Figuran muchos centenares, en cada año, de muertos por meningitis simple que todos los médicos sabemos que corresponden en realidad a meningitis tuberculosas, en su gran mayoría. De manera, pues, que a las cifras mencionadas tendríamos que agregarle un 15 o un 20 por ciento más, según lo cual, los muertos por tuberculosis en todo el país llegarían, por lo menos, a 16,000 ó 18,000 y en la Capital a 4,500 ó cerca de 5,000, contra los 3,600 que nos da la estadística.

De todos modos, nuestra situación, como se ve, no es mala, si la comparamos con la de otros países más castigados por este flagelo. En Europa misma hay naciones que acusan cifras mucho más altas que las nuestras; y en América la mayor parte de los otros países dan cifras también superiores. Naturalmente, estamos todavía muy lejos de alcanzar las cifras correspondientes a Estados Unidos en que, como es sabido, se ha bajado en los últimos años a menos de la mitad de la mortalidad tuberculosa anterior, y casi a la mitad del 14 y pico por 1,000 habitantes que nosotros tenemos.



La proporción que he indicado—14.5 por 10,000 habitantes—constituye el promedio de la mortalidad tuberculosa en toda la República. Es sabido que aquí, como en todos los países, en general, los centros más densamente poblados son los que dan una mortalidad mayor. Así, la Capital, Buenos Aires, con 2,200,000 habitantes, más o menos, acusa una mortalidad tuberculosa que ha oscilado en los años anteriores alrededor de 20 por cada 10,000 (en vez de 14.5 que es el promedio en todo el país, repito) bajando en los últimos años ligeramente, a 17 por cada 10,000 habitantes. Hay otras provincias que acusan cifras parecidas o tal vez un poco menores, como 14, 15, 13 y pico, etc.; mientras que otras, las menos pobladas, desde luego, dan cifras menores: 10, 7 y hasta 3 por 10,000. Pero estas últimas cifras, a mi juicio, son de desconfiar; se trata de provincias alejadas, poco pobladas, dilatadas, y en que la asistencia médica y la demografía son muy deficientes.

De todos modos, aunque nuestras cifras hayan mostrado un descenso moderado y aunque no sean alarmantes en relación con las de otros países, lo que nos desespera, a los que nos ocupamos con cariño de esta cuestión, es que no hayamos alcanzado un franco

descenso, que hay más bien un estacionamiento, porque yo no me conformo con tener en 10 ó 12 años una disminución de 2 por cada 10,000 habitantes, cuando hemos visto en otros países como Estados Unidos de América y en Europa, Inglaterra, Dinamarca y Suecia, descender la mortalidad de una manera vertiginosa en más del 50 por ciento y a veces hasta en el 100 por ciento en el curso de 25 años, como resultado de la lucha antituberculosa. Lo que prueba más esa situación desfavorable es que el descenso de la mortalidad tuberculosa no ha seguido paralelamente al de la mortalidad general. Dije hace unos días que la mortalidad general en el país era 17.5 por mil habitantes, hace 20 ó 25 años y que ha descendido en los últimos a 12, diferencia relativamente considerable, mientras que el descenso de la mortalidad tuberculosa es muy inferior. Voy a proyectar ahora tres gráficos que muestran como hay una discordancia entre el descenso de la mortalidad por tuberculosis y de la mortalidad por otras causas.



Mortalidad tuberculosa en Buenos Aires

Nada de nuevo puedo decir, señores, respecto de la lucha contra la tuberculosis. Sería hablar de cosas que todos ustedes conocen perfectamente bien. Quiero decir solamente que en nuestro país hemos celebrado varias Conferencias Nacionales de Profilaxis Antituberculosa y un Congreso Panamericano de la Tuberculosis, que en todos ellos hemos discutido ampliamente el plan de organización de la lucha y hemos llegado—yo lo he sostenido siempre así y así siempre se ha votado—a considerar ese plan siempre en la forma amplia y ecléctica que Sir Robert Phillips, el campeón de la lucha en Inglaterra, ha sostenido. Como él dijo, a este nuevo Jano, monstruo de dos caras, por un lado los factores sociales y por otro el contagio, había que oponerle un plan también doble, ecléctico. Por una

parte, el que yo he llamado "*de profilaxis indirecta*," de mejoramiento económico social, de la alimentación, de la habitación, etc., y por otra, la "*profilaxis específica*" contra el contagio. Que la primera, la profilaxis general en el sentido de mejoramiento colectivo, económico, higiénico y social no basta, lo prueba el gráfico que he mostrado, en el que se ve que a pesar de la caída enorme de la mortalidad por todas las otras enfermedades infecciosas y de la baja grande de la mortalidad general, la mortalidad por tuberculosis se mantiene poco más o menos. Eso muestra una vez más la necesidad de la profilaxis específica que se basa, como sabemos perfectamente, en la separación de los enfermos, en su educación higiénica y sobre todo en la preservación *de la infancia*, "leit motiv" sobre el cual yo vengo insistiendo desde hace muchos años. En varias Conferencias nacionales e internacionales he sostenido que la lucha contra la tuberculosis debe hacerse ante todo en la infancia, que la infancia debe ser el eje de la lucha antituberculosa, puesto que es en esa época que se puede o impedir las infecciones graves o conseguir que se realice esa *inmunización lenta* e inconsciente que protege al sujeto para el resto de su vida.

No necesito insistir más sobre ello. Los señores Delegados han tenido oportunidad de ver en el Preventorio Roca y en el Hospital Tormé, cómo está concebida en la Capital la lucha contra la tuberculosis, con sus hospitales, sanatorios, preventorios, colocación familiar de los pequeños, vacuna Calmette, etc. Me parece que esta organización de la lucha antituberculosa en la Capital está perfectamente concebida y ejecutada y que sólo le faltan, desgraciadamente, medios y recursos para hacerla en toda la extensión posible. Nos faltan todavía dispensarios, puesto que tenemos: nueve municipales, tres o cuatro de la Liga contra la Tuberculosis y dos más del Gobierno de la Nación—en suma 14 o 15—cuando según la proporción de Sir Robert Phillips (de uno por cada cien mil habitantes), deberíamos tener 20, por lo menos. Pero nuestra gran deficiencia, como lo hemos expresado reiteradamente, es la carencia de camas: Esa es nuestra gran falla. Si en la Capital hay 3,600 muertos por año según la estadística oficial, y con los correctivos que he indicado, por lo menos 4,500, ésta última debe ser la cifra de las camas de hospital y sanatorio. Ahora bien, no tenemos sino la tercera parte. Por otra parte, hoy se tiende ya en Estados Unidos a reclamar cifras mayores. Algunos reclaman dos lechos por cada individuo que muere. Y no necesito recordar a ustedes, porque lo saben perfectamente, que los países que han llegado a tener mayor número de camas son los que presentan el índice más bajo de mortalidad. Recuerdo simplemente que Estados Unidos, con siete camas por cada diez defunciones, ha bajado ya a 78 por 100,000; que Dinamarca, que es de los países de Europa el que tiene más lechos disponibles—134 por cada 100 defunciones, casi cama y media por

muerto—sólo registra 74 por 100,000 de mortalidad; y que Nueva Zelandia, que cuenta con 17 camas por cada 10 muertos, es el que presenta el índice más bajo de mortalidad en todo el mundo; 49 por 100,000.

Naturalmente, esto es sólo una parte de la defensa; pero estos datos demuestran la importancia capital que el número de lechos disponibles en hospitales de ciudad y sanatorios de llanura y sanatorios de montaña tiene para la eficiencia de esta lucha.

No insisto más sobre este y otros puntos relativos a la profilaxis porque son cosas perfectamente conocidas por ustedes. Quiero decir solamente que, por desgracia, como pasa en otras cosas (hablábamos hoy de mortalidad infantil) la lucha contra la tuberculosis está bien encarrilada en la Capital, aunque, carente de los medios para llevarla a su grado máximo de eficacia, está mal implantada y es casi nula en el resto de la República. Aquí, como en otras partes, el progreso empieza por las grandes ciudades y sólo lentamente se va extendiendo al resto del país. Desde hace muchos años vengo sosteniendo—y ha sido votado en nuestras Conferencias de profilaxis antituberculosa nacionales—un concepto que me parece esencial y que creo ha de tener el apoyo de la Conferencia porque es el resultado de la experiencia de todos los países que han realizado una lucha fructífera: *La necesidad de que la organización de la lucha antituberculosa esté confiada a una dirección central, competente y autónoma, dotada de recursos amplios y de facultades también amplias, para dirigir, orientar y coordinar los diversos órganos e instituciones que intervienen en ella.* En nuestro país hay, por ejemplo, instituciones privadas, la Liga Argentina contra la Tuberculosis de la cual soy presidente y la Sociedad de Beneficencia de la Capital, de la que verán ustedes, si tienen tiempo, el hermoso Sanatorio Vicente López y Planes, que está a una hora y media de la ciudad, en General Rodríguez, Sociedad que siendo autónoma, depende del Gobierno, del Ministerio de Culto, y algunas otras instituciones filantrópicas o mutualistas. Hay también el Departamento Nacional de Higiene, que tiene una “Sección de Profilaxis y Asistencia de la Tuberculosis,” que tuvo el honor de crear siendo su Presidente y depende de otro Ministerio, el del Interior. Existen, en fin otras instituciones municipales y provinciales, y la Comisión Nacional de Asilos y Hospitales, con dispensarios y sanatorios, pero entre todas ellas no hay coordinación ni trabazón alguna. Es menester, en el orden nacional—e insisto porque en otros países debe ocurrir lo mismo—hacer lo que se ha hecho en la Capital de la República: Entregar esas instituciones a una dirección competente, que oriente, que coordine, que correlacione los diversos servicios y haga un plan general, en presencia de los estudios demográficos, y vaya realizando en todo el país, a medida que los recursos lo permitan, todas las organizaciones necesarias.

Es en este sentido que propongo el voto siguiente:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los gobiernos americanos, que no lo hayan aún hecho, que confíen la organización de la lucha contra la tuberculosis a una dirección central, técnicamente competente y dotada de autonomía y de recursos suficientes para orientar y realizar la campaña y dirigirla eficientemente, coordinando la actividad de las instituciones nacionales, locales y privadas.

Dos palabras ahora sobre la cuestión de la vacunación por el BCG.

El Dr. Emerson ha recordado, de paso, nuestra experiencia argentina. La experiencia es pequeña y no tenemos derecho de llegar a conclusiones. Como ha dicho muy bien el Dr. Coutts, si el Dr. Emerson con la experiencia de Estados Unidos, no se cree autorizado a concluir, naturalmente no podemos hacerlo los que tenemos aún una documentación menor. La experiencia del BCG es escasa. Quiero recordar que puse gran interés, siendo Presidente del Departamento Nacional de Higiene, en introducir este medio de defensa, que por los trabajos europeos me parecía conveniente usar y con la cooperación inteligente del Dr. Sordelli, Director del Instituto Bacteriológico, empezamos a hacer esa vacunación. Luego se ha reanudado la experiencia en la obra que dirigo el Dr. Raimondi, que los señores Delegados han visitado hoy, y en la colocación familiar de los niños nacidos en la Maternidad de Tuberculosas. Es claro que nuestra experiencia es demasiado pequeña para poder llegar a conclusiones. Desde hace un año se está practicando lo que aconsejaba el Dr. Emerson, es decir que una mitad de los niños—no hijos de tuberculosos, sino en general—son vacunados y otra mitad no son vacunados, y se les sigue observando para ver la evolución ulterior. Por mi parte, sigo creyendo que, probada como parece estar la inocuidad del BCG, porque los accidentes publicados son en escaso número y de discutible importancia, por otra parte, en relación con el peligro enorme que entraña la convivencia de los niños en hogares tuberculosos, deberíamos recomendarla con calor en la forma en que lo hizo primero Calmette, es decir para los niños en gran peligro de contagio, como son los hijos de padre o madre tuberculosos o nacidos en un hogar tuberculoso, en malas condiciones económicas, que no tienen las posibilidades de defensa de los que viven en otras condiciones. Para esos casos debe imponerse (no quiero decir por ley sino por convicción, mediante una propaganda, con el mayor celo posible), la vacunación por el BCG. Para los otros casos, para las masas de niños comunes, no nacidos en hogares tuberculosos, la cuestión es discutible y me parece que debe seguirse examinando. No pretendo proponer voto alguno y suscribo la indicación de que pase el asunto a la próxima Conferencia. Pero podemos y debemos seguir procurando formar conciencia en nuestros países, para que, por lo menos, con los niños que nacen en medio tuberculoso y expuestos por sus condiciones económicas a una infección casi segura, se emplee este recurso cuya utilidad parece probada en ciertos límites, y por lo menos hasta tanto tengamos

otro mejor y sepamos cuánto tiempo dura y cual es el grado de la inmunización que confiere.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Debo manifestar que en el Uruguay el problema de la tuberculosis es sensiblemente igual al de la Argentina. Las cifras estadísticas oscilan alrededor de 150 por 100,000, más o menos, con ligeras variantes. Estamos lejos de obtener la cifra general de los Estados Unidos, sobre todo en algunas ciudades más importantes. Y hay esa tendencia a que se refería el señor Presidente, doctor Aráoz Alfaro, a la centralización de todos los servicios, comprendidos los hospitales, relacionados con la prevención o cura de la enfermedad. Hay, además, entidades particulares y una Liga Uruguaya contra la Tuberculosis que, puede decirse, fué la que inició la lucha contra la enfermedad. Por otra parte, tenemos colonias de niños con las que se trata de que la infancia esté en las mejores condiciones posibles de asistencia. Hay también otros servicios que todos ellos cooperan en la profilaxis contra la tuberculosis. Ahora, en lo que se refiere a la asistencia de enfermos, ocurre lo mismo que dice el Dr. Aráoz Alfaro: Hay hacinamiento. Nos vemos obligados a poner en los hospitales muchos más enfermos que los que corresponde a cada sala. Los hospitales están en una situación verdaderamente afligente. Nosotros tratamos por todos los medios de remediar en lo posible esa situación aplicando los tratamientos adecuados. En lo que se refiere a la alimentación, se han instalado cocinas dietéticas, seleccionando los alimentos que más convengan al tratamiento antituberculoso. Pero para esta obra se cuenta con recursos muy limitados. El problema de la tuberculosis es uno de los más importantes del Uruguay, que preocupa a todos. Estamos realizando todos los esfuerzos posibles para colocarnos al nivel de los países que más han luchado contra esta terrible enfermedad.

Dr. MONGE (Perú). Quiero ocuparme sólo de un aspecto local de esta cuestión de la tuberculosis, es decir en lo que se refiere a mi país. Es inútil desconocer el desarrollo de la tuberculosis en todo el continente, de manera que no debemos sorprendernos de los coeficientes elevados que arroja en mi país. Últimamente con el objeto de estudiar el factor climático como causa tuberculígena, se ha hecho un sondeo, al cual no se le debe dar más importancia que la que tiene esa expresión; de todas maneras, si tomamos en consideración que esto coincide con la apreciación diaria de los clínicos, ya la importancia es mayor. Sobre mil casos estudiados, hemos observado un coeficiente de 17 positivos, pero al hacer el examen discriminativo de los sujetos que habían bajado de las altas cumbres a la costa y los de la costa, hemos comprobado que mientras los primeros sólo presentaban un coeficiente de 14, los segundos tenían el de 33. Más aún, esa misma reacción practicada en sujetos casi recién llegados de las alturas, daban sólo un coeficiente de 12,

después de dos meses de 19 y transcurridos los 6 meses, de 36. Hasta este momento, los datos que he dado, podrían tener únicamente el significado de la tuberculización de la gente de campo que ve a la ciudad. Pero no parece ser así. El estudio comparado de las agrupaciones de la costa con las agrupaciones de la sierra, demuestra que los coeficientes de tuberculización en las localidades situadas a 3,000 o 3,500 m. son menores que en las localidades situadas al nivel del mar. Ultimamente, por razones que no es del caso señalar, hubo oportunidad de seguir a 1,000 hombres, los cuales después de haber permanecido durante 2 años aproximadamente, a 3,000 m. de altura, donde habían rendido un coeficiente moderado de tuberculización, al ser trasladados a la costa, dieron un coeficiente 2, 3 y 4 veces superior al que habían dado en las alturas. Esto quiere decir que el factor climático del nivel del mar influye decididamente como una causa predisponente a la tuberculización, y como en América hay varios países que tienen altiplanos, este asunto podría ser de importancia. Por eso lo traigo a conocimiento de la Conferencia.

Pero hay algo más todavía y que indirectamente nos explica hasta cierto punto la predisposición del aparato respiratorio a esta enfermedad cuando el sujeto baja de las grandes alturas para vivir en el llano. Me refiero a la frecuencia de los procesos pulmonares de tendencia crónica, cuando se traen agrupaciones de los altiplanos a la costa. Ya he dicho que las enfermedades bronquiales son frecuentísimas, pudiendo agregar que muchos sujetos curan cuando vuelven a las alturas. Son muy frecuentes los casos en que, diagnosticándose en un sujeto una forma cualquiera de tuberculosis, regresa a las alturas y al poco tiempo vuelve al llano completamente curado, y entonces se duda sobre el primer diagnóstico.

Con respecto a los procedimientos de investigación, convendría tener en cuenta un hecho que tengo entendido no está descartado en absoluto: Que el pulmón del sujeto que vive a 4,000 metros de altura debe ser diferente del que vive al nivel del mar. Esto no puedo afirmarlo respecto a los hombres, pero sí en cuanto a los animales. Los estudios histológicos comparados de pulmones de animales de las alturas y de la costa, comprueban que hay diferencias sustanciales. Por lo demás, esto guarda relación con experiencias realizadas en América, sobre lo que ocurre en animales sometidos a atmósferas comprimidas.

Repito que estas cuestiones no tienen sino el carácter de un sondeaje hecho en las alturas y que tal vez sea de importancia su conocimiento para poder ratificarlas o rectificarlas.

El Sr. PRESIDENTE. En consideración los siguientes votos propuestos:

Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK (*leyendo*):

1°. Que la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, vista la escasa experiencia sobre vacunación BCG en la mayoría de los países de América, resuelve

esperar mayores observaciones y tratar del asunto en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

2°. La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los gobiernos americanos que no lo hayan aún hecho, que confíen la organización de la lucha contra la tuberculosis a una dirección central, técnicamente competente, autónoma y dotada de facultades y recursos suficientes para orientar y realizar la campaña, coordinando los esfuerzos de las instituciones nacionales, provinciales, municipales y privadas.

Asentimiento general.

Dr. GONZÁLEZ. En la VII Conferencia Internacional Americana, celebrada en Montevideo del 3 al 26 de diciembre de 1933, a propuesta del Sr. Delegado de la República Argentina, Dr. Juan Cafferrata, se resolvió designar de acuerdo con los artículos 55 y 56 del Código Sanitario Panamericano, a la Oficina Sanitaria como centro de coordinación de las Comisiones Nacionales Antituberculosas o de las entidades similares que ya existen, encargando a la IX Conferencia Sanitaria Panamericana de Buenos Aires, el estudio y la resolución final referente a la conveniencia de constituir un Instituto Panamericano de Tuberculosis.

La ponencia a que nos referimos, fué informada por el Dr. John D. Long, que asistió a la VII Conferencia Internacional Americana en representación de la Oficina Sanitaria y en calidad de observador. La resolución a que me refiero, y que fué aprobada el 22 de diciembre 1933, dice así:

LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Considerando: que la lucha contra la tuberculosis, por la complejidad de sus aspectos, por razones de orden económico, higiénico y social, y por el peligro que existe en la difusión de esta enfermedad de un país a otro por medio de corrientes migratorias y de personas infectadas, constituye no sólo un problema de Gobierno y de instituciones privadas sino que debe ser considerado en las actividades técnicas internacionales,

Resuelve:

1. Recomendar a los Gobiernos de cada país de la Unión Panamericana la creación de una Comisión Nacional Antituberculosa que tendrá las siguientes funciones: (a) establecer y mantener vinculaciones con las Comisiones Nacionales Antituberculosas u otras entidades semejantes de los demás países, con el fin de lograr un intercambio de informaciones científicas, técnicas y administrativas y de tender a la fijación de normas de tratamiento, aislamiento y prevención de la enfermedad, en cuanto sea posible, de acuerdo con las modalidades y condiciones económicas de cada país; (b) tener autoridad suficiente para inspeccionar las instituciones antituberculosas ya existentes, sean ellas públicas o privadas; examinar y fiscalizar la administración de tales instituciones, con el fin de evitar duplicación de esfuerzos, gastos inútiles o excesivos; asegurar todas las condiciones de naturaleza técnica necesarias al éxito de la lucha contra la tuberculosis; (c) estudiar las condiciones de cada país en lo que respecta a la endemia tuberculosa y proponer a los Gobiernos o a las instituciones privadas la construcción de hospitales, sanatorios y preventorios u otras instituciones para el aislamiento y curación de los tuberculosos y también para la prevención contra esta enfermedad. El número de lechos disponibles en cada país para los tuberculosos deberá ser regulado por las defunciones anuales ocasionadas por esta enfermedad;

2. Recomendar, asimismo, la creación de recursos permanentes, sean ellos a base de seguro obligatorio, de seguro general o especial contra la enfermedad o en forma de presupuesto anual y de donaciones;

3. Sugerir a los Gobiernos la sanción de leyes de estímulo, tales como: leyes que autoricen la edificación de viviendas económicas e higiénicas para la venta a largos plazos o por medio de préstamos; contralores sobre la venta y consumo de bebidas alcohólicas; reglamentación de la higiene industrial, la estabilización

de precios y la fijación de normas de calidad de los artículos de primera necesidad; la aplicación, en fin, de todas las medidas que contribuyan a mejorar la situación del individuo y reforzar su resistencia orgánica;

4. Recomendar a los Gobiernos de los países tanto de emigración como a los otros, que impidan en la medida de lo posible, la salida de sus países de tuberculosos, en las diversas fases evolutivas de la enfermedad;

5. Recomendar especialmente la enseñanza obligatoria de las nociones de profilaxis de la tuberculosis en los establecimientos de enseñanza primaria y secundaria;

6. Recomendar la aplicación en todos los países de los métodos modernos, sancionados por la experiencia, destinados a combatir el contagio.

7. Recomendar el auxilio de las asociaciones privadas por medio de subsidios con el fin de que puedan cooperar eficazmente en la lucha y asistan a las familias de los tuberculosos indigentes, mientras dure su enfermedad, en los casos en que el enfermo es el sostén principal de la familia;

8. Designar, de acuerdo con los artículos 55 y 56 del Código Sanitario Panamericano, a la Oficina Sanitaria Panamericana como centro de coordinación de las Comisiones Nacionales Antituberculosas o de las entidades similares que ya existen;

9. Encargar a la IX Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebrará en la ciudad de Buenos Aires, en noviembre de 1934, el estudio y la resolución final referente a la conveniencia de constituir un Instituto Panamericano de la Tuberculosis. (*Aprobada el 22 de diciembre de 1933.*)

Creo que por el momento, convendría autorizar la creación de una Sección de Tuberculosis, dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana. Si los señores Delegados están de acuerdo, haría moción en ese sentido. (*Asentimiento general.*)

El Sr. PRESIDENTE. Continuamos con "El Alcoholismo, medios más eficaces de lucha."

Invito al señor Delegado del Perú, Dr. Monge, a ocupar el sitio de honor al lado de la presidencia.

El Dr. Obarrio, Delegado argentino, tiene la palabra.

ALCOHOLISMO

Dr. OBARRIO. Voy a ocupar muy breves momentos la atención de la Conferencia para referirme a un tema que considero de suma importancia, pero que en realidad, en nuestra República, no constituye un grave problema. El alcoholismo en la República Argentina no es un problema de orden general; apenas alguna que otra provincia experimenta las consecuencias funestas del uso y del abuso de las bebidas alcohólicas.

La lucha antialcohólica en la República se inició hace muchos años, originada en estadísticas del Hospicio de Las Mercedes, es decir, del hospital destinado a la asistencia de alienados hombres, estadística que reveló la extraordinaria frecuencia, en la etiología de las enfermedades mentales, del alcoholismo, y que llevó al eminente Dr. Cabred a realizar una gran obra al crear la ley de asilos y hospitales regionales, que permitió difundir por la República una serie de establecimientos que indiscutiblemente honran a nuestra nación. La lucha iniciada por él, fué continuada por otros, habiendo dado un resultado verdaderamente alentador.

La experiencia personal realizada en los servicios del Hospital de Niños—donde he sido médico agregado durante 17 años, en las

enfermedades del sistema nervioso—me ha permitido comprobar una serie de trastornos originados por el uso del alcohol desde la infancia. Creo que es conveniente sentar principios de carácter prohibitivo en esta época de la vida, es decir, en la infancia.

Yo no soy prohibicionista. Creo que los inconvenientes producidos por el uso de las bebidas alcohólicas se reducirían o desaparecerían si a la vez redujéramos sus dosis a cantidades apropiadas. Esto, por lo que se refiere a los adultos. En cambio, en el niño, la mínima dosis de alcohol es capaz de provocar trastornos intensos, que perturban el sistema nervioso y pueden traer como consecuencia perturbaciones ya profundas, como las que pueden observarse en el adulto después de largos años de uso exagerado de bebidas alcohólicas.

En el Congreso Nacional de Medicina del año 1922, hablé de los dos únicos trabajos que se presentaron con motivo de tratarse el alcoholismo en la infancia; y fué entonces que propuse un voto prohibitivo, que fué aprobado por unanimidad por la sección de especialistas de enfermedades de niños. En el Congreso del año 1926 reiteré ese pedido, y como no tengo el propósito de extenderme, teniendo en cuenta que los señores Delegados representan altos exponentes de ilustración y de cultura en América y conocen todos los temas, como lo han demostrado acabadamente, voy simplemente a manifestar lo siguiente: Creo que el problema del alcoholismo debe encararse desde dos puntos de vista completamente distintos: contemplando la situación del niño, al que debe prohibírsele en absoluto el uso del alcohol, y la del adulto, o del adolescente, en parte, en quienes podría encuadrarse dentro de las siguientes condiciones: permitirles única y exclusivamente el uso de bebidas fermentadas, cuya dosificación alcohólica no llegara a más de 15 grados en el vino. Esto permitirá, también, mantener las industrias de nuestros Estados andinos, cuya protección es indispensable cuidar, porque sino ocasionaríamos la ruina económica de los mismos. Suprimiendo, pues, las bebidas para la infancia y permitiendo su uso, en la forma indicada, para los adultos, no produciríamos inconvenientes de carácter económico a nuestro país.

En este sentido, solicitaría que la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana sancionara un voto aconsejando a los gobiernos de América la prohibición absoluta del alcohol, de cualquier clase que sea, en los niños, o limitando su uso a dosis terapéuticas, por indicación médica, siempre que no haya otra medicación que la reemplace con mayor eficacia; y permitiendo el uso de las bebidas alcohólicas en el adulto, siempre que se trate de bebidas fermentadas, con dosis reducidas de alcohol.

Dr. BEJARANO (Colombia). Tantas son las cosas que podrían decirse con respecto al alcoholismo, tantos los argumentos que se han dado y puesto en práctica para combatirlo en todas las formas

imaginables—tal como el experimento realizado en los Estados Unidos, de la prohibición, que ahora ha sido revocada—que resultaría inútil que nosotros nos detuviéramos sobre el particular. Quiero, sí, recalcar, porque es la deducción que yo saco del estudio que he hecho sobre el alcohol en mi país, que para nosotros todo se reduciría solamente a una cuestión de calidad en las bebidas. En ese sentido, he tratado de ver cómo podríamos llegar a una solución, digamos así, conciliatoria.

Hasta busqué en alguna de las legislaturas pasadas la manera de que el Gobierno facilitara la producción de bebidas como la cerveza, que vinieran a reemplazar de una manera suave en el pueblo el hábito del consumo de bebidas verdaderamente perniciosas como la chicha y el aguardiente. Solamente a base de sustitutos verdaderamente higiénicos es como podemos nosotros pensar en una lucha práctica y racional contra el alcoholismo. Si nos situamos en el terreno de las prohibiciones absolutas, claro está que vamos a caer en una enorme tontería. Esas leyes no tienen ninguna importancia desde el punto de vista práctico, así es que la preocupación que debemos tener en los países que no son vinícolas, es sustituir las bebidas perniciosas por otras que tienen gran valor alimenticio y al mismo tiempo pequeña cantidad de alcohol. Yo creo que, como un voto práctico y como una orientación que podríamos dar a nuestros gobiernos, por lo menos a los que confrontan situaciones como el mío, sería decirles de una vez que lo que la Conferencia Sanitaria recomienda es facilitar por todos los medios la adopción y preparación de bebidas alcohólicas que reemplacen a aquellas cuya nocividad está ya demostrada. En ese sentido voy a formular un voto que me ocuparé de redactar mientras tanto otro delegado quiera hacer uso de la palabra, para hacerlo llegar a la Mesa.

Dr. OBARRIO. Seguramente mi distinguido amigo el señor Delegado por Colombia, no ha comprendido bien mi propósito. Yo no soy prohibicionista sino en la infancia, porque en cualquier época de la vida de los niños el alcohol es un tóxico que produce gravísimas alteraciones, no sólo en el sistema nervioso sino en el aparato digestivo, y hasta se han visto casos de fibrosis alcohólica en niños. Recuerdo un caso que nos mostrara el Dr. Aráoz Alfaro.

En lo demás no soy prohibicionista y participo de la opinión del señor Delegado por Colombia, a quien, con ese alcance, no tendré ningún inconveniente en acompañar en su voto; pero no podría aceptar de ninguna manera, porque sería contrario a mi manera de pensar, que se permitiera el uso de bebidas alcohólicas, ni siquiera la cerveza, en los niños, porque yo he visto casos de delirios oníricos en niños que bebían cerveza a pequeñas dosis. Todos los alcoholes, de cualquier graduación que sean, son perjudiciales en la infancia y conducen a la larga, a perturbaciones psíquicas. Por eso soy prohibicionista en la infancia y acepto en lo demás el crite-

rio preconizado por el Dr. Bejarano, de que se haga una campaña de educación popular, bien orientada, para sustituir las bebidas nocivas, por otras de menor graduación alcohólica y de cierto poder alimenticio.

Dr. BEJARANO. Yo no he querido de ninguna manera condenar el punto de vista del Dr. Obarrio, que me parece de una excelencia insuperable y que comparto en su totalidad. Para los niños yo acepto, lo mismo que él, que debe haber una prohibición terminante de cualquier bebida alcohólica.

Dr. HOUSSAY (Argentina). Indudablemente desde el punto de vista médico los consejos que ha dado el Dr. Obarrio, fundado en una experiencia médica de mucho valor, no pueden sino ser acogidos con el mayor respeto; pero encuentro cierto inconveniente en la sanción de un voto exactamente en la forma propuesta, porque si nosotros resolviéramos que los gobiernos deben prohibir, quizá demos una resolución que exceda a las posibilidades prácticas. Preferiría mas bien que nuestra resolución fuera la expresión de un consejo; una recomendación sobre la conveniencia de no administrar a los niños bebidas alcohólicas, o cosa por el estilo, que la Comisión de Resoluciones y Votos se encargaría de redactar.

En cuanto a la otra observación importante del Dr. Bejarano también podría formularse un reparo análogo. Evidentemente que hay una ventaja positiva en reemplazar las bebidas de alta graduación alcohólica por otras de menor graduación, que sean el producto de una elaboración irreprochable, pero eso no quiere decir que nosotros debamos aconsejar el uso de estas bebidas menos nocivas. Más bien, debemos proscribir las otras e indicar la conveniencia de sustituírlas, pero no indicar que se deben tomar otras bebidas.

Ahora, si el sentido de las proposiciones que acaban de hacer mis distinguidos colegas está de acuerdo con las aclaraciones que me he tomado la libertad de hacer, podrían pasar a la Comisión de Votos y Resoluciones así aclaradas, si no hubiera objeciones.

Dr. OBARRIO. En un congreso realizado el año 1922 yo propuse un voto que podría servir de base para la redacción del que va a formular esta Conferencia. Dice así:

Que es deber ineludible de los poderes públicos propender a la difusión de la necesidad de proscribir el alcohol en la alimentación de los niños, quedando su administración limitada a las indicaciones terapéuticas; y aconseja que sólo puede utilizarse como medicación cuando no sea posible obtener el resultado que se busca con substancias menos perjudiciales para la salud.

Dr. BEJARANO. El voto que yo propongo lo he redactado en la siguiente forma:

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los gobiernos como base de lucha antialcohólica una constante labor educativa en los colegios de segunda enseñanza y la sustitución de las bebidas alcohólicas reconocidamente perniciosas por otras de mejor calidad.

Dr. ZWANCK (Argentina). Creo haber oído, al leer su voto el Dr. Bejarano, que habla de educación antialcohólica en las escuelas

secundarias. Yo le pediría al señor Delegado que, si no tiene inconveniente, agregara las escuelas primarias.

Dr. BEJARANO. Acepto. El voto puede decir: "en las escuelas."

El Sr. PRESIDENTE. Si hay aceptación, pasará a la Comisión de Votos y Resoluciones. (*Asentimiento.*)

Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Se ha recibido un telegrama de la Liga Brasileña de Higiene Mental que dice así:

Liga Brasileña de Higiene Mental pide solicitéis de la Conferencia recomendar gobiernos la realización convenios prohibiendo intercambio comercial de bebidas alcohólicas destiladas entre países americanos. Hernani Lopes, Presidente de la Liga Brasileña de Higiene Mental.

Dr. COUTTS (Chile). Me permito preguntar si ese telegrama viene auspiciado por alguna Delegación o viene directamente.

Dr. LIMA (Brasil). La Delegación brasileña lo hace suyo y lo presenta como voto a la Conferencia.

Dr. COUTTS. Me permito hacer una insinuación: ese voto se refiere a intercambio comercial, y entiendo que la Conferencia no puede tocar nada que tenga ni aspecto de comercio. De manera que ese término "comercial" me parece a mí, con todo el respeto que me merece el distinguido amigo Dr. Lima y la Delegación Brasileña, que nos coloca en una situación ambigua en esta Conferencia para poder pronunciarnos sobre él.

Dr. OBARRIO. Para poder realizar convenios sobre intercambio tendría que haber una ley nacional. Ese telegrama está firmado por uno de los hombres más eminentes y más reputados de América.

Dr. LIMA. Gracias.

Dr. OBARRIO. A quien he tenido oportunidad de tratar en congresos realizados en Buenos Aires, donde le hemos rendido el tributo de admiración que corresponde a una personalidad de tanto valimiento como el Dr. Lopes. Pero entiendo que la declaración encierra un problema que no nos corresponde abordar.

Dr. LIMA. Entiendo, señor Presidente, que la idea contenida en el telegrama de la Liga Brasileña de Higiene Mental que la Delegación Brasileña presenta como un voto a esta Conferencia, está en él bien definida, la comparte todo el mundo y se puede votar. Está comprendida, por otra parte, en una conclusión ya votada.

Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. Hay otro telegrama dirigido al Dr. Aráoz Alfaro, que dice:

Solicitamos vuestro relevante apoyo para la Delegación brasileña que recomiende países americanos la prohibición del intercambio comercial bebidas alcohólicas destiladas. Saludos. Hernani Lopes.

El Sr. PRESIDENTE. Si no se hace uso de la palabra, se va a votar nominalmente.

La Delegación del Brasil vota por la afirmativa.

Sr. GOMENSORO (Uruguay). ¿Se puede fundamentar el voto?

Sr. SECRETARIO, Dr. ZWANCK. El Reglamento no lo autoriza.

Dr. OBARRIO. A mí me molestaría mucho tratándose de la Dele-

gación Brasileña, que la Conferencia fuera a dar un voto negativo, cuando quizá podríamos evitarlo declarando que el espíritu del telegrama recibido encuadra dentro de la resolución que ya ha votado la Asamblea. Si los señores Delegados del Brasil aceptan, para mí sería un verdadero placer haber solucionado la situación sin someter el asunto a votación.

El Sr. PRESIDENTE. ¿Acepta la Delegación del Brasil?

Dr. LIMA. Sí, señor Presidente.

El Sr. PRESIDENTE. Se va a votar, entonces, en forma propuesta por el señor Delegado Dr. Obarrio, que la Delegación brasileña acepta.

Dr. VARGAS PRADA (Perú). Pido que se aclare bien lo que vamos a votar, porque no he entendido.

Sr. GOMENSORO. Me complacería que, de acuerdo con la indicación del señor Delegado Dr. Obarrio, este asunto no se sometiera a votación, porque de otro modo tendría que votar en contra, cosa para mí dolorosa por mi admiración hacia el Dr. Lopes y hacia el Brasil.

Considero que la cuestión—sobre todo después de la duda que se nos ha suscitado—escapa a nuestro cometido. Nuestras leyes no me permiten votar esa resolución; como Delegado uruguayo, no puedo hacerlo. El aspecto comercial escapa a la cuestión sanitaria.

Yo he tenido oportunidad de pronunciar conferencias en la Argentina y en el Brasil, y he defendido, en mi modesta esfera, con verdadero calor, la lucha antialcohólica; pero considero que como plenipotenciario uruguayo tendría que votar en contra de este voto, porque ultrapasaría la órbita de esta Conferencia. En cambio, la proposición del Dr. Obarrio colocaría perfectamente la cuestión y quedaría en el espíritu de la Delegación brasileña el hecho de que se apoya la idea en su carácter general y sólo por escapar a la jurisdicción de esta Conferencia es que se evita un pronunciamiento más concreto.

Dr. LONG (Oficina Sanitaria Panamericana). En nombre de la Delegación de los Estados Unidos, debo decir que las instrucciones recibidas no la autorizan a votar sobre cuestiones que no tengan relación con la sanidad y la salud pública. En consecuencia, no puede votar sobre este asunto.

Dr. ROJAS (Bolivia). Yo creo que los nobilísimos fines que persigue la Delegación brasileña, quedan perfectamente salvados con la idea propuesta por el Delegado argentino, Dr. Obarrio.

Por otra parte, creo que la Conferencia Sanitaria no tiene atribuciones para legislar sobre la libertad de comercio. El comercio de alcoholes, en cualquier forma, está amparado por nuestras leyes constitucionales, de manera que nuestros Gobiernos, por muy respetable que sea la opinión de la Conferencia Sanitaria, no podrían dar paso a esa sugestión. Por lo demás, nosotros no debemos po-

nernos en el caso de hacer sugerencias que no han de encontrar eco en la conciencia de la opinión y en el concepto legal de nuestro pueblo.

Considero, además, que la cuestión alcoholismo no es de legislación, sino de educación social. Si hacemos sugerencias en el sentido de que los gobiernos pongan en sus programas escolares la enseñanza obligatoria, explicando los horrores del alcoholismo, se habrá dado un paso enorme para el mejoramiento de la raza, pero prohibir el alcohol en tal o cual forma entre los países americanos, es fomentar la introducción de alcoholes de otros países. Si prosperara la insinuación de la Delegación brasileña, no podrían negociarse naturalmente algunas bebidas muy popularizadas en América, pero en cambio podrían venir aguardientes de otra calidad procedentes de Europa. Estos podrían ser objeto de un comercio ilícito, y nosotros no podríamos impedir la introducción de alcoholes extranjeros.

No debe ser ése el concepto del voto de una Conferencia Sanitaria Panamericana. Creo que el alcohol en la primera infancia es nocivo y debe prohibirse en absoluto. El alcohol en otras edades debe reglamentarse permitiendo únicamente el uso de bebidas fermentadas cuya graduación no sea excesiva, debiendo prohibirse en lo posible los alcoholes destilados, cuya eficacia para la destrucción orgánica es reconocida por todos los higienistas. Creo que si esta conferencia recomendara a los pueblos americanos la adopción de un plan de enseñanza antialcohólica, sugiriera, como muy acertadamente lo propone el Delegado de Colombia, que los gobiernos estudien la manera de mejorar las bebidas, higienizarlas, prefiriendo siempre las bebidas fermentadas a las alcohólicas, habría dado un gran paso. En Bolivia tenemos una bebida parecida a la "chicha" de Colombia, que es sometida a una fermentación embrionaria que no saca todos los aceites esenciales, que son sumamente nocivos. Por consiguiente, lo que hay que recomendar a los países es que procuren higienizar las bebidas alcohólicas, eliminando en lo posible los aceites esenciales malsanos, permitiendo el consumo moderado de bebidas fermentadas cuya graduación alcohólica no sea excesiva. En Estados Unidos, por ejemplo, últimamente se ha autorizado el consumo de cerveza, la que tiene un uso bastante considerable y sus efectos no son enteramente detestables. Hay que sugerir cosas prácticas en ese sentido, en vez de lanzarnos a hacer recomendaciones que no se atenderán dentro de la economía legal de nuestros pueblos.

Dr. OBARRIO. Mi propósito al hacer la proposición fué evitar que el telegrama que viene firmado por un eminente profesor del Brasil, tuviera una votación en contra. Como el espíritu de ese telegrama es coincidente con el espíritu del voto propuesto por la delegación de Colombia, el que fué aceptado, me parece que lo que

corresponde hacer es que la Mesa directiva de la Conferencia conteste ese telegrama diciéndose que el espíritu del mismo coincide con una resolución adoptada por la Conferencia. En esa forma nos evitamos decirles que se ha votado negativamente lo que proponen.

El Sr. PRESIDENTE. Si hay asentimiento, se procederá en la forma indicada por el Delegado argentino, Dr. Obarrio. (*Asentimiento.*)

La Comisión de Peste ha concretado su dictamen en tres proyectos de resolución, los que, de haber asentimiento, pasarán a la Comisión de Redacción. (*Asentimiento.*)

El Sr. PRESIDENTE. Como la sesión de hoy ha sido muy laboriosa, podríamos levantar la sesión hasta mañana a las 9. (*Asentimiento.*)

Se levanta la sesión siendo las 20 y 20 horas (8:20 P. M.).

NOVENA SESION PLENARIA

JUEVES 22 DE NOVIEMBRE DE 1934

9 y 30 horas (9:30 A. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión.

De acuerdo con lo convenido, vamos a empezar hoy por tratar todo lo referente al Código Sanitario Panamericano. El Dr. Coutts, Delegado de Chile, es miembro informante de la Comisión y tiene la palabra.

CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Dr. COUTTS. Voy a permitirme molestar unos instantes la atención de ustedes leyéndoles este informe y destacando sus conclusiones, una por una:

La Comisión Plenaria, en cumplimiento de la honrosa misión que le fué confiada ha procedido a estudiar con todo detenimiento las observaciones presentadas por diversas Delegaciones acerca de los artículos del Código Sanitario Panamericano que hayan motivado reservas o dificultades, materia del punto primero del programa de la Conferencia, habiendo llegado a las conclusiones siguientes:

I.—La Comisión considera que el Código Sanitario Panamericano ha producido resultados indudablemente ventajosos en las condiciones higiénicas del Continente; ha sido ratificado por la casi totalidad de las Naciones del mismo e incorporados sus principios en las legislaciones nacionales de algunas de ellas, por lo que, en principio, por ahora, no debe reformarse fundamentalmente, siendo preferible que se formule un memorándum interpretativo y explicativo, con el mismo alcance que el aprobado por la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

II.—Las Delegaciones de México y Chile señalaron el artículo IV del Código como capaz de inducir a error y propusieron fuera interpretado como refiriéndose al primer caso o casos de las enfermedades enumeradas en él que aparezcan en un país considerado hasta entonces como indemne, ya que la comunicación de los casos en países no considerados como indemnes está regida por el artículo III del mismo Código, con la interpretación que a este artículo se dió en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana. A este respecto, juzga la Comisión que esta interpretación es correcta, por lo que propone se formule la declaratoria siguiente:

La notificación a que se refiere el artículo IV del Código Sanitario Panamericano, deberá entenderse para el primer caso o casos, de las enfermedades enumeradas en él, que aparezcan en un país considerado en ese momento como indemne.

III.—Las Delegaciones de Chile y México proponen que, para los efectos del artículo VIII debe entenderse que las medidas sanitarias aplicables a los pasajeros expuestos al peligro de infección por alguna de las enfermedades enumeradas en el artículo III, no podrán ser sino vigilancia sanitaria por el período que las Convenciones Sanitarias Internacionales señalan como de incubación para la enfermedad de que se trata.

A juicio de la Comisión dicho artículo VIII es claro en su texto: obliga por una parte a los países de origen a publicar las medidas sanitarias que estén aplicando y faculta a los países de destino para tomar las medidas que estimen convenientes, las cuales no deben tener mayor alcance que el señalado en el Capítulo VI del Código, por lo que no es necesario formular declaración alguna en tal sentido.

IV.—Las Delegaciones de México y Chile propusieron, con relacion al artículo XVI que debe entenderse, en todo caso, que la patente de sanidad aérea es optativa para los propietarios o encargados de las aeronaves para cumplir con

este requisito con relación a los países que así lo exijan. El precepto que se comenta impone una obligación al capitán del buque, siendo de notarse que los Estados Unidos de Norte América no han considerado estar obligados, por ese artículo, a expedir patentes de sanidad y que México se reservó observar o no, estrictamente, el modelo contenido en el Código. Por otra parte la frase "expedida de acuerdo con los datos expuestos en el apéndice en el cual se consigna una patente de sanidad modelo" no puede interpretarse en el sentido de que precisa usar estrictamente ese modelo, sino solamente sus datos sustanciales, ya que, contiene éstas especificaciones que sólo pueden ser lógicamente aplicables a los buques marítimos. A mayor abundamiento la Conferencia debe obrar dentro del espíritu del inciso e del artículo I del Código, eliminando, en lo posible toda barrera o estorbo innecesarios para el comercio y la comunicación internacionales, así como procurando armonizar la aplicación de este artículo con las disposiciones de la Convención Aérea Internacional. En vista de lo que antecede la Comisión propone sea formulada por la Conferencia la declaración interpretativa siguiente:

En vista de las modalidades del tráfico aéreo internacional, se considera que un capitán de buque aéreo ha cumplido con los requisitos que señala el artículo XVI del Código Sanitario Panamericano, cuando el libro de a bordo haga figurar los datos esenciales comprendidos en el modelo de patente de sanidad que el mismo Código contiene.

V.—Las Delegaciones de México y Chile estiman que el artículo XVIII debe interpretarse en el sentido de que para la expedición de documentos de sanidad marítima y aérea, debe primar la intervención de funcionarios técnicos sanitarios con relación a la intervención de agentes consulares. La Comisión estima que esta objeción no amerita ninguna declaración de la Conferencia en virtud de que el artículo XIX del mismo Código faculta a los Gobiernos signatarios para designar médicos o funcionarios de sanidad para que hagan las veces de agregados de sanidad en las embajadas o legaciones.

VI.—Las Delegaciones de Chile y México juzgan que ni el artículo XLIX ni el XXVIII mencionan los certificados de exención de desratización y de fumigación que se aceptan según lo estipulado en la Convención Sanitaria Internacional de París de 1926, por lo que debe considerarse que no están excluidos, pues el artículo XLIX establece que la fumigación se hará periódicamente "con preferencia" a intervalos de seis meses a fin de que la fumigación resulte eficaz, sobreentendiéndose que si la fumigación, a juicio de una autoridad sanitaria no se hace indispensable, no hay porque exigirla. La Comisión juzga que las Delegaciones citadas están en lo cierto y propone a la Conferencia, adopte la siguiente interpretación:

El artículo XLIX del Código Sanitario Panamericano no excluye otros métodos eficaces de desratización distintos de la fumigación, ni la posibilidad de que un buque pueda considerarse como exento de ratas, por lo que debe entenderse que entre los documentos "análogos" a que se refiere el artículo XXVIII están comprendidos los certificados de desratización y de exención de desratización y de fumigación expedidos conforme a los modelos internacionales.

El Sr. PRESIDENTE. Si no hay oposición, y siendo las conclusiones a que ha llegado la Comisión de Códigos el producto de una madura reflexión, ellas se dan por aceptadas.

Asentimiento.

Pasamos entonces a lo que se refiere a la Convención Sanitaria de Navegación Aérea.

Dr. COUTTS. La Comisión Plenaria, en cumplimiento de la honrosa comisión que la fué conferida, procedió a estudiar con todo detenimiento el texto de la Convención Sanitaria para la Navegación Aérea, encontrando que llena ampliamente los fines para los que fué formulada, y en vista de ello se permite someter a la aprobación de la Conferencia la declaración siguiente:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, después de examinar el texto de la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea firmada en La Haya, el 12 de abril de 1933, sus fundamentos doctrinarios y las disposi-

ciones que contiene, recomienda a los países de América su adhesión y ratificación.

La Delegación del Perú presentó con relación al convenio internacional que se cita, una moción que a juicio de la Comisión es absolutamente pertinente y la conveniencia de su adopción se impone por sus propios términos, por lo que recomienda a la Conferencia apruebe una conclusión concebida en los términos que a continuación se señalan:

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana con el propósito de que se perfeccionen las normas internacionales sobre la vigilancia sanitaria de la navegación aérea, en periodo de desarrollo todavía, recomienda a las autoridades respectivas que sigan con toda atención los incidentes de índole sanitaria que ocurran con las naves aéreas.

Dr. LONG (Oficina Sanitaria Panamericana). Me parece que sería muy útil agregar a la conclusión que acaba de leerse: "*dando cuenta a la Oficina Sanitaria Panamericana del resultado de sus observaciones.*" (Asentimiento general.)

El Sr. PRESIDENTE. Me parece realmente muy conveniente ese agregado, y, habiendo asentimiento general, queda así resuelto.

Como los señores Delegados recordarán, al iniciar nuestras sesiones se dió cuenta de una reclamación de armadores neerlandeses respecto del Código Sanitario. La Comisión propone al respecto la conclusión que va a leer el señor miembro informante.

Dr. COUTTS. La Asociación Neerlandesa de Armadores dirigió a esta Conferencia una comunicación fechada el 26 de octubre último en la que objeta al Código Sanitario Panamericano en lo que respecta a que sus preceptos exigen que los barcos a su llegada a uno de los puertos situados en alguno de los países signatarios, deben ir provistos de una patente de sanidad con visa consular, expedida por las autoridades sanitarias de todos los puertos de escala desde el principio del viaje.

La objeción aludida no ha sido prohibada por ninguna de las Delegaciones que concurren a la Conferencia, por lo cual nos permitimos aconsejar se siga el siguiente trámite:

Diríjase a los peticionarios, en contestación a su aludida solicitud, una comunicación en la que se exprese que la IX Conferencia Sanitaria Panamericana no puede tomar en consideración la petición, porque no está comprendida dentro de las condiciones que señala su Reglamento y porque la materia a que se refiere la misma corresponde resolverla a cada uno de los Gobiernos firmantes del Código, en los términos que juzguen convenientes.

El Sr. PRESIDENTE. Hay asentimiento a esta resolución? Queda aprobada. (Asentimiento.)

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Continuaremos entonces con los asuntos referentes a la Oficina Sanitaria Panamericana. Los señores Delegados tienen ya conocimiento del Reglamento, que ha sido distribuído entre las delegaciones. La Presidencia desea saber si hay alguna objeción o si se requiere algún esclarecimiento por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dr. MIRANDA (México). Habiendo examinado con detenimiento el Reglamento, creo que habría que pasarlo a una comisión de corrección a fin de salvarse algunas pequeñas incorrecciones que se han deslizado, sobre todo de orden gramatical. Errores de fondo no he encontrado ninguno.

El Sr. PRESIDENTE. Tratándose de errores de carácter gramatical, lo pasaremos a la Comisión de Redacción.

Queda, pues, con esa aclaración, aprobado el Reglamento.

Lic. VÁZQUEZ PÉREZ (México). Quiero llamar la atención de la Asamblea sobre el punto relativo a vacantes, de la Sección III. Dice que sobrevenida la vacante, el Director designará el suplente respectivo. Se deja, pues, la facultad de designar suplente, al Director. Pero la Sección anterior dice que cada miembro titular del Consejo tendrá un suplente perteneciente al país del miembro titular. Entiendo que hay un pequeño defecto de traducción; donde dice en la sección tercera "El Director designará . . ." se quiere decir: "El Director dará posesión o llamará al suplente respectivo," o algo por el estilo. Con esta corrección me parece que queda perfectamente aclarada la contradicción aparente que se nota en el artículo.

Dr. LONG (Oficina Sanitaria Panamericana). En efecto, existe esa contradicción sobre la que no me había fijado.

El Sr. PRESIDENTE. ¿La Oficina Sanitaria acepta la interpretación que ha dado el Sr. Vázquez Pérez de que, en caso de vacante, el Director llamará al suplente del país respectivo?

Dr. LONG. Exactamente.

El Sr. PRESIDENTE. Será hecha la corrección pertinente.

Vamos a proceder a la designación del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Interpretando no sólo el imperativo tradicional de estas asambleas, no sólo un dictado de mi propio espíritu, sino haciéndome el eco sonoro de los sentimientos de afecto, admiración y aprecio que sentimos por el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, Presidente de esta IX Conferencia que se reúne en Buenos Aires, opino que haríamos un acto de excepcional significación, tendiente, no sólo a presentar un homenaje a la noble nación que nos hospeda para nuestras deliberaciones, sino un acto de justicia y de reconocimiento panamericano a las virtudes y sabiduría del Dr. Aráoz Alfaro, aclamando el nombre de éste como Presidente de Honor de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Entregamos así a manos puras y nobles la antorcha de honor que en Lima se me discernió, en circunstancias que apremiarán siempre mi gratitud; y me retiraré a la tranquilidad de la vida privada del higienista, con la satisfacción de ver esa antorcha en buenas manos, para gloria y brillo de la tradición sanitaria internacional y panamericana. (*Muy bien—Aplausos.*)

El Sr. PRESIDENTE. Agradezco íntimamente, en nombre propio y en el de mi país, la distinción realmente extraordinaria que acabáis de conferirme. Estoy convencido de que no merezco tal distinción y de que sólo vuestra bondad y el deseo de expresar a mi país vuestras simpatías, ha determinado esa actitud. De todas maneras, ella quedará, para toda mi vida, como un recuerdo indeleble de la hidalguía y de la bondad de esta IX Conferencia Sanitaria Panamericana.

Agradezco también especialmente a mi viejo amigo el Dr. Paz Soldán, mi antiguo compañero de luchas por la salud y el bienestar de América, hombre con el que hemos andado, brazo con brazo, por muchos países y asambleas internacionales en esta cruzada benemérita, sus amables expresiones. Por mi parte, creo tener derecho a declarar que él, juntamente con el General Cumming, son los dos grandes mariscales de la higiene en América.

Dr. ARROYO (Guatemala). Deseando que entre los miembros que han de formar el Consejo Directivo de esa Oficina figure un delegado de Centro América, propongo a ese efecto al Dr. Solón Núñez.

El Sr. PRESIDENTE. Antes de proceder a hacer la designación de los cargos pido también una aclamación que creo no puede ser más justa y que debe ser calurosa y fervorosa como corresponde al hombre que durante tantos años viene dirigiendo nuestras actividades, en la Oficina Sanitaria Panamericana, en las Conferencias de Directores de Sanidad, y que es un digno exponente de esa acción constante, metódica y progresiva que la gran República del Norte realiza en pro de la higiene pública. Creo que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, General Cumming, que termina su período, debe continuar permanentemente en el desempeño de sus delicadas funciones, por lo que propongo aclamemos calurosamente su reelección. (*Muy bien—Aplausos.*)

Dr. CUMMING. Agradezco las palabras benévolas del señor Dr. Aráoz Alfaro y prometo poner en el cumplimiento de la misión que se me encomienda todo esfuerzo posible a fin de que la Oficina Sanitaria desarrolle debidamente las actividades para que ha sido creada. (*Muy bien—Aplausos.*)

Dr. OSCAMOU (Panamá). Una vez que se ha aclamado a la República Argentina, como representación, podríamos decir de Sud América, y al General Hugh Cumming como representante de los Estados Unidos de América, voy a proponer a uno de los delegados que más representación ha tenido y que ha demostrado por su labor y por su eficiencia, por su eficacia práctica en los trabajos de salubridad de su patria, al Dr. Solón Núñez, que ha llegado hasta romper la tradición del dicho, de que nadie es profeta en su tierra. Propongo, en consecuencia al Dr. Solón Núñez como Vice-Director de la Oficina Sanitaria, personalidad que se ha destacado en forma

brillante, clara, precisa y práctica en esta conferencia panamericana. (*Muy bien—Aplausos.*)

El Sr. PRESIDENTE. Yo veo con la mayor satisfacción esta proposición, pero la Mesa de la conferencia, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, ha pensado que si bien era posible aceptar por aclamación al Director que constantemente y sin interrupción ha venido desempeñando el cargo con tanta eficiencia, convendría, para que no se suscitara dificultades, que la votación para los otros cargos se hiciera individualmente, por cédula secreta. Podríamos ya proceder a la designación de vicepresidente en la forma indicada.

Dr. MIRANDA (México). Lamento mucho que, durante la discusión habida hace unos instantes sobre el Reglamento de la Oficina Sanitaria Panamericana, no se me haya ocurrido formular una indicación, la que presento ahora en la inteligencia de que la Asamblea consentirá en volver sobre este punto, dada la importancia de mi moción. Ella consiste en que el representante de la Nación donde haya de verificarse la próxima Conferencia, sea miembro *ex-officio* del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana. No necesito insistir sobre la conveniencia de que actúe constantemente en ese Consejo Directivo el representante de la Nación elegida para sede de la próxima Conferencia. De manera que ruego al señor Presidente someta a la consideración de la Asamblea, se incorpore este punto en el Reglamento aprobado.

El Sr. PRESIDENTE. La Presidencia opina que sería muy conveniente se incluyera esa disposición en el Reglamento aprobado. La asamblea resolverá. (*Asentimiento general.*)

Dr. PAZ SOLDÁN. Hago moción para que, antes de la elección de las demás autoridades de la Oficina Sanitaria Panamericana; procedamos a designar la sede de la próxima Conferencia, como asimismo al Presidente provisional. Esta moción la completará mi distinguido colega y amigo el Dr. Monge.

Dr. MONGE (Perú). Esta reunión es una brillante expresión de la confraternidad americana, que se celebra en la ciudad de un pueblo propiciador de grandes ideales. En esa confraternidad y en esos ideales me inspiro para pedir a la asamblea que indiquemos por aclamación a la ciudad de Bogotá como sede de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana. (*Muy bien!—Muy bien!—Prolongados aplausos.*)

(*Por aclamación se aprueba esta moción.*)

Dr. PAZ SOLDÁN. Solicito excusas a la asamblea por mis intervenciones sucesivas en el debate, pero los hombres que volvemos al llano tenemos un derecho adquirido: El derecho de la renunciación que es una gran fuerza en la vida. Habiéndose elegido la ciudad de Bogotá, por aclamación, como sede de la próxima Conferencia, se impone con caracteres evidentes la designación del presidente provisional.

Yo no deseo que esta elección se haga, por simples razones de coincidencia con la capital escogida, en uno de los distinguidos representantes de la Delegación de Colombia, sino como un acto de absoluta conciencia y justicia. En tal virtud presento a la consideración de esta asamblea el nombre del Dr. Jorge Bejarano, Profesor de Higiene de Bogotá, hombre docto en estos achaques de luchas en favor de la salud y que, a mayor abundamiento, en una larga foja de servicios, ha impuesto su personalidad y su saber, no sólo en la conciencia de sus conciudadanos, sino en la conciencia de toda la América.

El Dr. Bejarano, cuyo nombre propicio para la Presidencia provisional de la Décima Conferencia, será en este cargo un digno continuador del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, que preside la Novena. Es una personalidad en la que se dan cita estas dos máximas de todo higienista: inteligencia y corazón. (*Muy bien!—Muy bien!—Prolongados aplausos.*)

Se aclama el nombre del Dr. Bejarano como Presidente provisional de la X Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Sr. PRESIDENTE. Quedan designados por aclamación la ciudad de Bogotá como sede de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y el Dr. Jorge Bejarano, como Presidente de su Comisión Organizadora. (*Aplausos prolongados.*)

Dr. BEJARANO. Con verdadera emoción he oído la moción hecha por los distinguidos Delegados del Perú. Esa proposición, que viene de un país hermano, tiene para mí una honda significación internacional y panamericana. Si cualquiera de las otras Delegaciones hubiera tenido la gentileza de proponer a la ciudad de Bogotá como asiento de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y de hacer el elogio de quien inmerecidamente va a desempeñar en esa oportunidad el cargo de Presidente provisional de la comisión organizadora de dichas sesiones, el que habla hubiera manifestado toda su gratitud; pero la circunstancia de que sea la Delegación del Perú, la que ha hecho esa moción y el elogio de nuestro país, le da a ella un relieve de tal significación, que quiero destacarla de una manera muy especial a esta Conferencia, que se reúne precisamente en momentos excepcionales de la vida internacional de nuestra América. Cuando se pensó que cada una de las delegaciones expresara en la sesión inaugural cuál era el pensamiento de su país en la trascendencia de estas reuniones, yo reduje casi mi pensamiento al hondo significado panamericano que tenía y a la importancia y el eco que había tenido en el mundo entero el gesto maravilloso de Perú y de Colombia, cuando hace apenas pocos meses resolvieron su conflicto en una armonía nunca usada en la historia de la humanidad.

Por eso, le doy a esta conferencia más que una significación de orden sanitario, un hondo sentido de acercamiento humanitario,

por el cual quedamos vinculados para siempre por intermedio del hilo invisible de la ciencia, que es el que debe atar y nunca permitir que se desunen los pueblos del continente americano. Nosotros no hemos de aportar aquí simplemente nociones de orden científico, sino que cada uno de nosotros debe hacer lo posible por que dentro de los linderos de nuestros respectivos países no subsistan recelos seculares, sino simplemente el mútuo deseo de que haya un intercambio de sanidad, de higiene, y un intercambio humanitario, que no permita jamás que surja entre dos países el flagelo de la guerra. En nuestras selvas seculares no debemos permitir que exista otra cosa que una comunicación, un intercambio constante, si fuera posible, de aviones sanitarios, para que de un país al otro nos prestemos los contingentes necesarios, y que nuestros grandes ríos no sean nunca surcados por grandes barcos que conduzcan pertrechos bélicos, sino por aquellos que lleven los soldados al ejército de la salud, para que de esa manera haya no sólo una perpetua unión entre los pueblos, sino ante todo un sentimiento indestructible de beneficio colectivo.

Bogotá, ciudad preclara, me habéis de permitir decirlo así, por sus viejas tradiciones, porque se conservan en ella todavía muchas de las virtudes del viejo solar de España—la ciudad de Bogotá, enclavada en un picacho de los Andes, no es inaccesible a vuestra admiración. No ha tenido, claro está, el desarrollo de esta maravillosa capital; no tiene, tampoco, diría yo, el encanto de la bella ciudad de Río de Janeiro, ni el brillo o el sello peculiar de la ciudad de Lima o de La Habana, ni la prodigiosa atracción que ejerce la de Montevideo. Pero, con sus características típicas, dentro de sus condiciones geográficas, Bogotá tiene, sí, además de su viejo sabor hispano y colonial, algo que ya de por sí puede atraer el turismo y sobre todo a los hombres de ciencia; porque ellos han de amar, por sobre todas las cosas, la tradición histórica; y Bogotá está íntimamente ligada a la tradición histórica del Continente Americano. Ella es, en mi sentir, una verdadera Jerusalén Americana. Efectivamente, en ella pasó la mayor parte de su vida el libertador Simón Bolívar; y nosotros guardamos como preciosísimas reliquias los recuerdos dejados por ese gran hombre en aquella ciudad como en la vieja ciudad de Santa Marta, donde vivió sus últimos días contemplando la grandeza del mar, que era el único que podía ser testigo de la lenta agonía del genio de Bolívar.

En la ciudad de Bogotá habrá, pues, cariño para vosotros y, sobre todo, encontraréis allí a un hombre que, aunque por sus méritos difícilmente podrá reemplazar la nobilísima y destacada figura de Aráoz Alfaro, estará ansioso por recibir a los delegados de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana como a verdaderos hermanos, como a individuos pertenecientes a la misma familia del Continente Americano. (*Muy bien, aplausos.*)

Dr. COUTTS (Chile). Hemos asistido esta mañana a una ceremonia realmente emocionante; hemos visto a un Director de honor terminar su misión, mientras otro se levantaba con el aplauso unánime y cariñoso de todos nuestros corazones.

Bien. Pompeyo dijo a Sila: El sol que nace provoca siempre más admiración que el sol que se pone. Esto, señores, en Panamé-rica no debe ser así. En nuestro concepto y en nuestros corazones, el sol que se pone tiene tantos admiradores como el sol que se levanta! (*Grandes aplausos.*)

Es por eso que me permito proponer a la asamblea aquí reunida, la persona del Prof. Dr. Carlos Enrique Paz Soldán para que, junto a esos dos mariscales de la salubridad pública de América, el Surgeon General Cumming y el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, ocupe la Vice-Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dr. NÚÑEZ (Costa Rica). Me adhiero con todo entusiasmo a la proposición que acaba de hacer el Dr. Coutts.

Dr. BEJARANO. Vuelvo a hacer uso de la palabra para expresar a la Conferencia que, con el mayor gusto, con la mayor complacencia, declino el altísimo honor que se me ha afreído de ocupar un lugar en el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, y lo cedo con el mayor placer, para que él sea llenado con un hombre cuya capacidad y condiciones nos llenan de orgullo, con el Dr. Solón Núñez, quien a mi juicio debe ocupar un cargo en esa Oficina y en esa directiva.

Con esto no quiero hacer una declinación en la que pueda recaer mérito alguno; deseo solamente llamar la atención sobre la impresión que me produjo algo que expresó en su discurso, con motivo del homenaje de que fué objeto hace tres días, el Dr. Saavedra Lamas. Dijo que en todo hombre de bien debe haber sentimientos de sinceridad, de lealtad y de noble desinterés, y no querría de ninguna manera, que aquí quedara la más pequeña sombra de desagrado por el hecho de que no ocupara, como tan merecidamente le corresponde—por tratarse de una figura, no sólo de Costa Rica, sino también continental—un puesto en la directiva de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. Solón Núñez. Propongo, pues, su nombre en reemplazo del mío como vocal de esa directiva.

Ahora, como dato ilustrativo y ya que no existen sino pequeñas nociones sobre la forma de llegar a Bogotá, quiero expresar a los señores Delegados, para que así lo transmitan a sus Gobiernos, que hoy hay enormes facilidades para llegar a Colombia, y que aún para los mismos representantes de la Argentina, que son de los que geográficamente están más lejanos, aún cuando tan cerca estemos de ellos por el corazón y por los vínculos intelectuales, no existe, en absoluto, dificultad para realizar el viaje que hoy, repito, puede hacerse con una rapidez extraordinaria y dentro de las mayores comodidades, por medio de la aviación. En efecto, ese medio de

transporte que hasta hace poco resultaba verdaderamente costoso y casi inaccesible hasta para las propias delegaciones oficiales y aún para las personas de fortuna, está hoy al alcance de todos, gracias a la cooperación prestada por la Panamérica y la Compañía Airways Grace que han concedido enormes descuentos cuando se trata de viajes para concurrir a esta clase de reuniones. Tanto, que me permitiría proponer al señor Presidente de la Conferencia que, por intermedio de la Secretaría, enviara una nota de agradecimiento a esas instituciones, por haber facilitado en tal forma la celebración de esta conferencia.

Las vías de acceso a Bogotá son por el Océano Atlántico y por el Pacífico. Llegado a Buenaventura, el delegado podrá tomar un ferrocarril que lo conduce descansadamente a Bogotá después de dos días de camino, sin necesidad de pernoctar dentro del vagón, ya que puede hacerlo en sitios que ofrecen todo confort y seguridad, desde el punto de vista de la higiene. Y los que lleguen por la vía de Barranquilla, pueden hacer fácilmente el trayecto entre esa ciudad y Bogotá, por medio de aviones o por vapores que van por el río Magdalena, en cuyo caso tendrían sólo una mayor demora para llegar: tal vez tres o cuatro días. Pero, repito, las vías de acceso son extraordinariamente fáciles y no creo entonces, que ello pudiera ser motivo de inconvenientes para ninguno de los señores Delegados, que nos hagan el honor de llegar a Bogotá para participar en la Décima Conferencia Panamericana.

Y en cuanto a las dificultades de orden físico, es decir, en lo que se refiere a inconvenientes de salud, tampoco ofrece Bogotá ninguno por su altura. Ella no tiene sino 2,650 m. sobre el nivel del mar y, por lo tanto, no resulta perjudicial para la salud en general.

El Sr. PRESIDENTE. Deseo aclarar un punto. Me parece que el Presidente Provisional de la próxima Conferencia no ha comprendido bien el alcance de la moción del señor Delegado Dr. Miranda, que hemos votado. El no va a formar parte de los vocales ordinarios, de número, de la Oficina Sanitaria, sino *ex officio*, además de ellos, y no me parece que pueda hacer renuncia de un cargo que no es en realidad personal, sino inherente a su calidad de Presidente de la comisión organizadora de la Décima Conferencia.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Deseo dejar constancia de que la Delegación del Uruguay apoya calurosamente la moción del Dr. Coutts.

Dr. PAZ SOLDÁN. Yo no soy muy afecto a las designaciones cuando hay de por medio escrutinios, pero las palabras del señor Delegado de Chile, que tienen un sabor de sinceridad que revela la hidalguía de quien las pronuncia, y la aceptación, no muy estentórea, pero visible de la asamblea, me imponen el dar profundas gracias por haberse sugerido mi nombre. En Lima, el Dr. Mario Lebrado, que fué Director de Honor de la Oficina Sanitaria Panamericana,

pasó a ser Vice-Director por aclamación de la asamblea. Tal vez por este deseo de continuar la tradición, la proposición del señor Delegado de Chile, amparada por los Dres. Solón Núñez y Justo González, ha merecido la acogida que todos hemos visto. Bajo ese punto de vista esta elección puede representar y representa una nueva expresión de cordialidades americanas.

Y, como expresión de este mismo sentimiento cordial, séame permitido, recogiendo las sugerencias del Dr. Bejarano, que todos hemos comprendido que cosa las inspira, y recogiendo el sentimiento de la asamblea, proponer—no para la aclamación, salvo que la asamblea resuelva otra cosa—al Dr. Justo F. González, Profesor de Higiene, “pioneer” de la Higiene continental, que en Uruguay, incansable, trabaja por vincular en el campo de la Higiene a toda la América, para ocupar un cargo que no tiene secretos para él, ni ofrece gloria, pero que sí tiene ideales, el de Secretario de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Dr. González, cuya dedicación a estos menesteres lo hace un hombre insustituible, bien merece que consignemos su nombre en las cédulas para el puesto de Secretario, que, según tengo entendido, me estaba reservado por una especie de destino que me acompaña en la vida de ser un secretario *ad honorem*.

Y al mismo tiempo, el Dr. Solón Núñez, cuya personalidad tiene por sí sola más destacados relieves de los que yo pudiera pretender compendiar en palabras, debe ocupar a título de reelección un cargo de vocal. (*Manifestaciones de aprobación.*)

Los otros tres tienen de tal manera adentrados sus nombres entre nosotros, que una cédula, señor Presidente, podría poner un término maravilloso a este escrutinio en vez alta, que es el único escrutinio que tiene el valor de las altas responsabilidades morales. (*Aplausos.*)

El Sr. PRESIDENTE. Podríamos, si los señores Delegados no sugieren otra cosa, hacer una sola cédula para todos los cargos.

Dr. PAZ SOLDÁN. Desde que parece hacer un asentimiento general, y ya que hemos empezado a hacer las cosas en voz alta, yo sugiero que sigamos el mismo procedimiento para los otros cargos. Todos sabemos que, después de las dos elecciones por aclamación, la del Dr. González para Secretario y la del Dr. Núñez reelegido Vocal, hay tres asientos que están esperando a quienes, no sólo por méritos propios sino por la alta representación que ostentan, son los destinatarios naturales, y como no hay nada más bello que revelar el secreto de Polichinela, voy a traicionarlo, diciendo que los tres asientos vacantes de la Oficina Panamericana están esperando al Delegado de la República de México, al Delegado de la República de Venezuela y al de la República de Chile, que, para mayor fortuna están representadas, como no podían dejar de estarlo, por tres eminentes higienistas que han sido grandes animadores en este acto en

que estamos trabajando por la salud de América, y que mañana serán columnas de confraternidad y de paz en la Oficina Sanitaria Panamericana.

Si la moción se apoya, la Mesa puede volver sobre la elección, para que en vez de hacerse por cédulas, sea hecha por aclamación.

El Sr. PRESIDENTE. La votación por cédulas debe hacerse para Vice-Director, Secretario y cuatro Vocales. Cada país no tiene sino un voto, de manera que cuando hay más de un Delegado, es el Presidente de la delegación quien debe votar.

Dr. MIRANDA. Yo pediría a la Presidencia que se suprimieran las cédulas en este instante. Creo que la opinión es unánime y que esta elección por aclamación será la mas satisfactoria para todos. (*Apovado.*)

El Sr. PRESIDENTE. La Presidencia entiende que no debe mezclarse en estas cuestiones electorales, de las que me he mantenido alejado a pesar de mi simpatía por todos los candidatos, y por eso mismo entendía que, habiendo corrientes distintas, debía hacer mas cómoda la situación de todos, votando por cédulas; pero desde que la opinión general va a la votación verbal, la Presidencia no tiene, naturalmente, ningún inconveniente en que así se haga.

Dr. SCHIAFFINO (Uruguay). ¿No hay reglamento al respecto?

El Sr. PRESIDENTE. No hay reglamento.

Dr. SCHIAFFINO. ¿Y cuál es la costumbre que se ha seguido?

El Sr. PRESIDENTE. La aclamación. Podemos pasar a un breve intermedio para uniformar ideas.

Se pasa a un breve intermedio. Reanúdase la sesión.

El Sr. PRESIDENTE. Habiendo conversado con todas las Delegaciones, pulsado el ambiente como suelen decir los políticos—no sé si se dice así también en otras partes—propongo la siguiente lista para los cargos de la Oficina Sanitaria Panamericana: Para Vice-Director, al Dr. Carlos Enrique Paz Soldán y suplente al Dr. Carlos Monge, de la Delegación del Perú; para Secretario, al Dr. Justo F. González, suplente al Dr. Rafael Schiaffino, de la Delegación del Uruguay; para Vocales, al Dr. Solón Núñez, de Costa Rica; Dr. Francisco de P. Miranda, de México; Dr. Carlos Diez del Ciervo, de Venezuela; Dr. Waldemar Coutts, de Chile. (*Asentimiento general.*)

Dr. BEJARANO (Colombia). Pido la palabra para hacer una proposición. Que la Conferencia apruebe la siguiente expresión de deseos: "Autorízase a la Presidencia provisional de la X Conferencia Sanitaria Panamericana para hacer coincidir la reunión de ella con la fecha de la celebración del IV Centenario de la fundación de la ciudad de Bogotá que es en agosto de 1938." Si no hay inconveniente, pediría que se sometiera esta proposición, a la Asamblea.

Dr. SUÁREZ (Chile). Comprendo perfectamente las razones que

pueda tener el señor Delegado por Colombia al formular su proposición, y por mi parte no tendría inconveniente en acordarle mi voto. Pero creo que la Conferencia no puede tomar decisión alguna respecto de fijar fecha para la celebración de la próxima Conferencia, porque depende del interés del país en que ella debe reunirse.

Dr. LONG (Oficina Sanitaria Panamericana). He vacilado antes de decidirme a decir estas palabras, pero las creo necesarias. Yo he estado relacionado directamente con la Oficina Sanitaria Panamericana, en calidad de representante personal, primero, después como Vice-Director y Auxiliar del Director y actualmente como Comisionado Viajero. Esta será la última Conferencia a que pueda asistir por razones que no vale la pena mencionar. Han sido siempre para mí esas tareas de la mayor importancia y he puesto el mayor interés en el éxito de la Oficina Sanitaria Panamericana y en la obra panamericana entre los países de la Unión Panamericana. Pero no debo ocultar que he observado algunas tendencias dignas de ciertas advertencias en bien de la mayor colaboración y de un espíritu panamericano del más alto grado. Lo que quiero decir es que se habló del precedente establecido en la conferencia de Lima respecto de la elección de Vice-Director, y quiero explicar este asunto, porque a mí me parece que debe llenarse el menor número posible de puestos automáticamente, a fin de que la Conferencia se sienta libre, en cualquier momento, para elegir a los que crea más deseables para esos cargos.

Digo esto en favor de la armonía de las conferencias futuras y no por otro motivo. Yo había sido elegido Vice-Director de la Oficina en La Habana. En la Conferencia de Lima quisieron reelegirme por otro período y yo, por insinuación del General Cumming, indiqué que me parecía mejor que los países latinoamericanos tuvieran mayor participación en la obra de la Oficina; y fundado en esas razones renuncié el honor que me conferían, proponiendo para el cargo al distinguido higienista Dr. Lebrede, de Cuba, que fué elegido en mi lugar, por aclamación. Fué el mío un acto voluntario que no debe ser considerado como precedente.

Lamento verdaderamente la necesidad de manifestar estas cosas, sin que con ello quiera llevar ningún reproche a nadie; pero, agregó, me parece que el futuro de las Conferencias y el éxito de la obra panamericana dependerán de la libertad de criterio con que procedan. (*Muy bien! Aplausos.*)

Dr. PAZ SOLDÁN. Quiero dejar constancia de que no tengo la culpa de ser favorecido con un precedente, y que el verdadero panamericanismo consiste en que las naciones de América soberana no reconozcan ninguna autoridad por encima de ellas cuando expresan su voluntad en esta clase de asuntos. (*Muy bien! Muy bien!*)

Dr. COUTTS (Chile). Con profundo pesar he oído manifestar al Dr. Long, que es la última vez que nos va a acompañar en una Con-

ferencia Sanitaria Panamericana. Yo deseo expresar, sin preguntar al Dr. Long cuáles son los motivos de su manifestación, que nosotros, en representación de nuestros respectivos Gobiernos, nos esforzaremos, cualquiera sea la dificultad que el Dr. Long tenga con respecto a su gobierno, para que esté siempre con nosotros, que no se separe, que esté siempre en estas Conferencias Sanitarias Panamericanas, para que nos guíen sus consejos y su fraternal espíritu panamericano. Creo que interpreto el sentir unánime de todos los señores Delegados al declarar que si el Dr. Long tiene dificultades en el futuro para poder asistir a estas conferencias, todos nosotros solicitaremos al Gobierno de los Estados Unidos, que se allanen las dificultades que pueda haber y concurra el Dr. Long a estas reuniones, en las que siempre nos ilumina con sus conocimientos de sanidad panamericana, y para que sirva como lazo de unión de todos los pueblos de la América. (*Muy bien! Muy bien! Aplausos.*)

Dr. LONG. Agradezco sinceramente los amables conceptos vertidos por el señor Delegado de Chile, Dr. Coutts, y sólo quiero expresar que el único motivo que podría haber para no asistir a otro Conferencia Sanitaria Panamericana es el inevitable de la edad, porque habré llegado a la edad de jubilarme antes de la próxima Conferencia. (*Risas.*)

El Sr. PRESIDENTE. Yo espero, señores Delegados, que aunque el Dr. Long llegue a la jubilación ordinaria, nosotros no lo jubilaremos nunca. Por mi parte, debo decir que actualmente yo no tengo ningún cargo oficial en mi país, y que por razones de edad me han retirado de mis funciones docentes. Sin embargo sigo siendo higienista americano y panamericano, y confío que muchos han de seguir ese mismo camino. (*Muy bien! Muy bien! Aplausos.*)

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Propongo un voto de reconocimiento y aplauso a los invitados especiales: La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, la Oficina Internacional de Higiene de París, la Fundación Rockefeller, y muy especialmente al Dr. John D. Long, representante de la Oficina Sanitaria Panamericana. (*Muy bien! Muy bien!*)

El Sr. PRESIDENTE. En mi carácter de Presidente, en el discurso inaugural expresé muy especialmente a esas instituciones, todo nuestro reconocimiento, de manera que me es muy grato ese voto de agradecimiento y aplauso que acaba de proponerse.

Se vota por aclamación.

Dr. CUMMING (Estados Unidos). Solicito un voto de aplauso para el Gobierno y pueblo argentino, por haber acogido con tanta cordialidad a los delegados a esta conferencia. (*Muy bien! Muy bien!*) (*Se vota por aclamación.*)

Dr. BEJARANO. Pido un voto de aplauso para la prensa argentina por la difusión de las noticias relativas a la propia conferencia. (*Se vota por aclamación.*)

Dr. PAZ SOLDÁN. Propongo un voto especial para el H. Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, que nos ha dado hospitalidad tan magnífica. (*Se vota por aclamación.*)

Dr. MONGE (Perú). Propongo un voto de agradecimiento a las empresas de navegación marítima y aérea que concedieron franquicias especiales que facilitaron el transporte de los señores Delegados, contribuyendo al intercambio científico de América. (*Asentimiento unánime.*)

El Sr. PRESIDENTE. Se dirigirán notas por Secretaría comunicando esos votos.

Dr. SAMANIEGO (Ecuador). Propongo un voto de agradecimiento y aplauso a la Comisión Organizadora y particularmente a la Mesa directiva de la Conferencia que en gran parte contribuyó al éxito logrado en ella, haciendo mención especial de la incansable y proficua labor de su presidente, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro. (*Muy bien! Muy bien!*)

Se vota por aclamación.

El Sr. PRESIDENTE. Agradezco ese voto en nombre de la Mesa directiva, pero debemos decir que no hicimos más que cumplir con nuestro deber en la mejor forma posible, pidiendo disculpas por las deficiencias en que podamos haber incurrido, que seguramente no han sido por falta de buena voluntad.

Podríamos continuar tratando ahora los asuntos pendientes. Si algunas Delegaciones tuvieran particular interés en tratar algunos asuntos, podrían indicarlo a la Presidencia.

Dr. SUSSINI (Argentina). Yo me permitiría molestar por unos minutos la atención de la Conferencia sobre un tema que considero muy interesante: El relativo a la leche, su producción y expendio en condiciones higiénicas. (*Asentimiento.*)

LECHE

Como el tema de la leche figura en el programa de trabajos de esta Conferencia, he querido que los señores Delegados tuvieran noticia de cómo se consume la leche en 20 ciudades argentinas. A tal efecto he hecho hacer una encuesta por un técnico de gran competencia y de una moral absoluta, lo que asegura la veracidad de los documentos.

Hace unos días he hecho repartir a los señores Delegados un folleto intitulado: "El panorama argentino en la cuestión de la producción, repartición y consumo de la leche," en el cual está condensado todo lo relativo a este tema. Los que se molesten en leer ese folleto verán que en ciertas localidades, muy pocas, el reparto y consumo de la leche se hacen en tales condiciones que podemos decir es el ideal a que puede aspirarse, entre nosotros, en estos aspectos; en tanto que, en otras ciudades, ese reparto y consumo se hacen en condiciones absolutamente primitivas. Faltan las más

elementales precauciones de higiene y se desconocen los principios básicos de la técnica moderna en el procedimiento de repartición y consumo de la leche. Por eso quiero aprovechar esta alta tribuna para llamar la atención de las autoridades de los otros países que están en iguales condiciones del mío, que en bien de la salud de los pueblos es indispensable prestar la mayor atención y tomar de inmediato, si fuera posible, urgentes medidas para el mejoramiento de la técnica en los lugares un que sea necesario. De ahí que me permita proponer a la asamblea algunos votos, que más que tales, son simples anhelos, que lejos está de mí atribuirles el máximo de perfección en estas cuestiones, pero por lo menos pueden llevarse a la práctica de inmediato, a fin de llegar al ideal en un futuro más o menos cercano. En tal sentido proponemos a la Conferencia el siguiente proyecto de resolución:

1°. Deben sancionarse ordenanzas que hagan obligatoria la pasteurización de la leche, por todas las municipalidades capacitadas para hacerlas efectivas, reconociéndose así que dicho sistema es el más eficaz de los conocidos hasta ahora para asegurar a los centros urbanos el abastecimiento de leche en condiciones exentas de todo peligro para la salud pública.

2°. Las ordenanzas municipales deben al mismo tiempo estimular la producción y expendio de leche certificada.

3°. Debe fomentarse el mejoramiento del nivel higiénico de los tambos o vaquerías, en sus instalaciones, equipo, métodos de trabajo y profilaxis de las enfermedades del ganado de leche, con disposiciones de estímulo en las ordenanzas municipales, con leyes provinciales de fomento y con una ley federal que haga efectiva la ayuda del Estado para tales fines por medio de los bancos oficiales.

4°. Los gobiernos provinciales y el gobierno federal deben fomentar la producción de leche donde se carece de ella o es insuficiente para las necesidades del consumo de los centros urbanos, en provincias y territorios; y si esto presentare dificultades insalvables o resultare demasiado oneroso, fomentar el transporte de leche desde las zonas de mayor producción.

5°. En todas estas medidas debe ser concurrente la acción de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales.

6°. Las asociaciones médicas y culturales deben estudiar el abastecimiento de leche en sus respectivas localidades, y colaborar con las autoridades sanitarias en todo cuanto se refiere a su mejoramiento en beneficio de la salud y de la alimentación del público.

El Sr. PRESIDENTE. Están a consideración el informe y las resoluciones propuestas por el Dr. Sussini.

Sr. GOMENSORO (Uruguay). Quiero decir dos palabras sobre las manifestaciones que acaba de hacer el señor Presidente de la Delegación Argentina. Demás está decir, con respecto a la opinión del gobierno de mi país y a la de nuestra delegación, que nosotros apoyamos con verdadero calor las proposiciones hechas por el Dr. Sussini; y entrego a la Secretaría un folleto, que creo estará en poder de los señores Delegados, sobre lo que en esta materia de la leche se ha realizado en nuestro país.

En la República Oriental del Uruguay, o por lo menos en Montevideo, que es su único gran centro, la pasteurización obligatoria ha dado resultados excelentes; y estamos convencidos de que, en el orden de la higiene pública, y especialmente en la orientación de la educación del pueblo, la consagración de las ordenanzas y su cum-

plimiento estricto constituirían el paso más importante para la defensa del niño y para la alimentación normal de los habitantes.

Por lo tanto, la Delegación del Uruguay apoya con entusiasmo las manifestaciones hechas por el señor Delegado argentino y expresa con satisfacción que en Montevideo, después de enormes esfuerzos, se ha logrado un triunfo que honra a nuestra organización de higiene pública.

Dr. OBARRIO (Argentina). Voy a ser muy breve con respecto a esta cuestión, que es naturalmente de gran importancia para toda la República y que ha dado origen a disposiciones actualmente en vigor en la ciudad de Buenos Aires desde el 13 de Diciembre de 1907, fecha en que se sancionara una ordenanza estableciendo las exigencias necesarias para que la leche llegara al consumo reuniendo las condiciones apropiadas para una buena alimentación.

Si en dicha ordenanza hay ciertas disposiciones que han quedado en desuso, existe con ella, en cambio, la posibilidad de implantar los mejores sistemas tendientes a obtener un expendio de leche en las mejores condiciones posibles.

La Asistencia Pública, autoridad encargada de fiscalizar la leche que se expende en la ciudad de Buenos Aires, tiene su organismo especial de control. No entra a la ciudad ninguna leche que no haya sido perfectamente controlada y, además, la pasteurización es obligatoria. Existen inspecciones sanitarias distribuidas en todos los puntos de entrada a la Capital, porque hay que tener en cuenta que el consumo de la ciudad de Buenos Aires es tan enorme que representa millones de litros. En el primer semestre del año 1934, por ejemplo, se han consumido 132,415,403 litros de leche.

Por otra parte, se han establecido los procedimientos más científicos para poder hacer la fiscalización de la leche en perfectas condiciones y últimamente se ha establecido, también el sistema de estudiar el tiempo de la reducción de las sustancias colorantes, procedimiento que tiene, no obstante, el inconveniente muy serio del tiempo que se requiere para conocer con exactitud la buena calidad de la leche.

La Municipalidad de Buenos Aires permite, igualmente, la provisión de leche en perfectas condiciones por tambos particulares, fiscalizados todos ellos; y, por su parte, ha establecido dos tambos modelos donde se proporciona leche en inmejorables condiciones a la población.

Voy a entregar a la Secretaría el trabajo realizado con motivo de esta materia, en el cual constan las conclusiones a que ha llegado la Asistencia Pública en esta materia.

Esto para la ciudad de Buenos Aires es muy importante, porque la industria lechera la rodea actualmente en una extensión de 200 Km., de modo que también es interesante contemplar el aspecto relacionado con el transporte.

Quedando constancia en ese trabajo de todo lo que se ha hecho, nada más tengo que agregar.

Dr. GONZÁLEZ (Uruguay). Creo que la Conferencia debiera hacer suyas las conclusiones a que ha llegado el Dr. Sussini en su trabajo. Propongo, pues, a la asamblea su aprobación.

Dr. BEJARANO (Colombia). Pido la palabra, para adherir a la moción que ha formulado el señor Delegado González y para significar que, antes de que él la hiciera, quería yo manifestar que estoy perfectamente de acuerdo con la política sanitaria maravillosamente delineada por el Dr. Sussini en esta materia; y muy singularmente en el punto concerniente a la leche certificada. Creo, en dos palabras, que el método que más debiera recomendarse siempre es el de la pasteurización.

El Sr. PRESIDENTE. Por mi parte, deseo agregar, sólo como un antecedente, que, convencido de la importancia que tiene para nuestro país esta cuestión, convoqué, siendo Presidente del Departamento Nacional de Higiene, una Conferencia Nacional de Higiene de la Leche, que celebró sesiones laboriosas e interesantes en esta Capital; y como consecuencia de la cual, quedó constituido un comité permanente con ese objeto.

Procuramos obtener después una legislación en la forma indicada por el Dr. Sussini y tropezamos con el inconveniente—que no tiene, por ejemplo, el Uruguay—de que el régimen federal de gobierno de nuestro país, no nos permite dar una legislación uniforme en este sentido para todas partes. Tratamos de conseguirlo por medio de la propaganda y de los pedidos a los poderes locales y a los poderes nacionales. Respecto del punto que ha tocado el señor Delegado por Colombia, quiero recordar que esa Comisión Nacional de la Leche pidió a la Municipalidad de esta Capital la creación de un tipo especial de leche que no nos atrevimos a llamar certificada por las dificultades materiales que hubiera presentado el cumplimiento de los requisitos que en Estados Unidos tiene la leche certificada y que dijimos sólo “para niños y enfermos.” El Concejo Deliberante, creyendo mejorar, como ocurre casi siempre, le agregó exigencias mayores aún, lo que hizo que prácticamente ningún lechero quisiera preparar tal leche especial. Y fué así como por obtener una ordenanza perfecta, se privó al municipio de una cosa que habría sido buena.

Con estas breves consideraciones dejo expresado cuáles son las dificultades prácticas que se presentan para obtener leche certificada y la importancia capital que la cuestión tiene para nuestro país.

Si hay asentimiento, los votos propuestos por el Dr. Sussini se pasarán a la Comisión de Votos y Resoluciones, porque hay algunos que se refieren a nuestro país y habría que darles una redacción más general. (*Asentimiento.*)

PROPAGANDA SANITARIA

Sr. GOMENSORO. Voy a decir dos palabras acerca de los temas 31 y 32 del programa, que han sido propuestos ambos por el Gobierno de mi país, como resultado de la experiencia lograda en los últimos años en lo que se refiere a la formación de la conciencia sanitaria del pueblo. La mayoría de los señores Delegados han traído de sus respectivos países observaciones concordes. Por mi parte diré, muy brevemente, porque no deseo abusar de la atención de la asamblea, que la Ley de Salud Pública de 12 de enero de 1934, da al Ministerio de Salud Pública las armas necesarias para la defensa de la salud pública. La experiencia nos enseña que sólo es posible triunfar ampliamente en materia de mejoramiento higiénico, educando al pueblo, y que la propaganda técnicamente orientada da resultados sorprendentes. El Ministerio de Salud Pública, apoyado en las disposiciones de la ley orgánica, de acuerdo con lo expresado en el artículo 98 de la citada ley, ha organizado el Departamento de Educación de Salud Pública, que da conferencias por radio diariamente en la Capital y que a los departamentos del interior envía su camión de propaganda, tratando siempre de que las comisiones sanitarias que van a cumplir una misión cualquiera, como vacunar contra la viruela o contra la tifoidea, encuentren un ambiente propicio, es decir una conciencia sanitaria.

Y con respecto a la prensa, hemos conseguido en nuestro país lo siguiente: Como los diarios tienen una influencia enorme en la orientación del pueblo, y los periodistas son en general personas informadas que saben de todo sin haberse especializado en nada, para sacar partido de esa influencia que la prensa tiene, hemos conseguido que los sueltos educativos sobre cuestiones sanitarias sean publicados íntegramente tal como salen redactados desde el Ministerio de Salud Pública; y como el factor político en este orden de cosas ha quedado completamente eliminado, hemos tenido la enorme satisfacción de lograr que los órganos de la prensa acojan sin distinción esos sueltos.

Por estos medios se consigue formar corrientes de opinión favorables a la acción técnica de los organismos sanitarios, y ello quedará evidenciado con un episodio que voy a referir: En la vecina localidad de Pando se consiguió vacunar sólo a dos personas contra la tifoidea antes de hacerse la campaña educativa. Se realizó después la campaña educativa y el resultado fueron 124 vacunaciones más. Dos o tres giras bastaron para ello.

En cuanto a la enseñanza de la higiene es factor que también el Ministerio de Salud Pública ha considerado. Solamente en las escuelas normales se enseñaba antes higiene, además, naturalmente, de la Facultad de Medicina y cursos superiores. Sin embargo, se consideró fundamentalísimo que en los cursos secundarios, fuera de los cursos normales en que la enseñanza de la higiene se realiza

admirablemente dirigida por el Dr. Schiaffino, en las escuelas industriales y en las facultades que no tengan relación con la de Medicina, se dictaran cursos de higiene social, de manera que todas las fuerzas, aun las más separadas del ambiente médico, vayan colaborando en esta obra.

Esas son las razones por las cuales el Ministerio de Salud Pública del Uruguay pidió la inclusión de los temas 31 y 32 del programa, respecto de los cuales podrían concretarse los siguientes votos:

Que se establezca la enseñanza de la Higiene en todos los institutos de enseñanza elemental, secundaria, industrial y superior, como factor preponderante en el mejoramiento de la salud pública.

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en la ciudad de Buenos Aires, recomienda a todos los países del continente, que las organizaciones sanitarias envíen a la prensa y gestionen la publicación bajo su control, de noticias tendientes a la formación de la conciencia sanitaria del pueblo, por considerar que este medio es el más eficaz para imponer los procedimientos de medicina preventiva, que hacen posible la extensión de la higiene social.

Dr. ZWANCK (Argentina). Con el señor Delegado del Uruguay, Dr. Justo F. González, presentamos a la consideración de la asamblea la sugestión de que en la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana a celebrarse en Bogotá, se trate el problema del abastecimiento de la leche, teniendo en cuenta las nuevas conquistas de la ciencia y de la industria. No solamente el abastecimiento de la leche en la forma que se toma actualmente, sino de la leche en polvo, de la leche sometida a solidificación a bajísimas temperaturas, es decir una serie de procedimientos de provisión que actualmente se están abriendo camino, lo que facilitará a las naciones americanas una pauta para el aprovisionamiento con el mínimo de condiciones higiénicas exigibles para la salud de los habitantes. Con ese alcance presentamos esta sugestión.

Asentimiento general.

El Sr. PRESIDENTE. Hay asentimiento general. En cuanto a los votos de la Delegación de Uruguay no puede haber lugar a dudas. Si hay un punto en que todos los higienistas estamos de acuerdo actualmente, es en que nada vale tanto para la acción sanitaria, para la acción social de la higiene, como la propaganda pública, como la formación de la conciencia sanitaria del pueblo sin la cual no puede haber leyes ni ordenanzas eficaces, ya que para su fiel cumplimiento se requiere ese estado de preparación especial de las conciencias.

Por mi parte, diré en que mi país se viene trabajando desde hace muchísimos años, lo mismo que en todos los países americanos, siguiendo el ejemplo de la América del Norte, en una gran campaña de higiene a base de la educación popular. No hay, pues, dudas respecto de la sanción de estos votos que pasan a la comisión de redacción.

Quiero agregar todavía, respecto al tema que me ocupa, que considero que la enseñanza de la higiene es capital en la escuela. He

dicho en mi país que es de la escuela primaria, sobre todo, de donde han de salir las nociones útiles que formarán la conciencia no sólo de los niños, sino también de los padres y por reflejo la conciencia del pueblo. Pero quiero significar la importancia enorme que tiene en la formación del higienista de carrera, de los técnicos, funcionarios de sanidad.

Cuando el Dr. Paz Soldán presentó su proyecto de magisterio médico no hablé en el deseo de no tomar tiempo a la asamblea; pero aprovecho esta oportunidad, porque considero conveniente decir dos palabras a ese respecto.

Todavía, en general, las funciones de higienista en la mayor parte de los países americanos, son atribuidas un poco *a piacere* según la influencia personal o política. No existe la carrera sanitaria y es menester hacerla. Y, a propósito del proyecto del Dr. Paz Soldán, quiero recordar que en 1911 presenté en la Facultad de Medicina un proyecto de creación del Instituto de Higiene y Medicina Pública, destinado a formar los higienistas y médicos legistas de carrera, proyecto que desgraciadamente, no fué sancionado. Más tarde el Departamento Nacional de Higiene creó cursos para la formación de bacteriólogos, parasitólogos, ayudantes, guardas sanitarios, etc.

Es menester pedir a los gobiernos en todas partes que las funciones sanitarias sean confiadas a gente competente, a técnicos, fuera de toda influencia personal o política. No formulo esta proposición como voto porque está implícitamente comprendida en el voto del Dr. Paz Soldán, pero he querido recalcar la importancia capital que el asunto tiene entre nosotros.

Yo creo que, separándonos bajo tan nobles impresiones, debemos volver a nuestros países con el deseo ferviente de influir ante nuestros gobiernos para que las conclusiones a que hemos llegado sean realmente llevadas a la práctica. Habremos así hecho un gran servicio a América.

Dr. VARGAS PRADA (Perú). El éxito de esta asamblea está fuera de toda duda. Se ha visto durante esta Conferencia el amplio y fraternal espíritu de cooperación que existe entre los pueblos de América. Y yo solicito que, de acuerdo con estos resultados, se dirija un mensaje de felicitación a todos los gobiernos de América por el éxito conquistado con esta Conferencia.

Solicito, además, que en nuestro nombre la mesa directiva de la conferencia se apersona al señor Presidente de la República a presentarle nuestras felicitaciones y expresarle nuestro agradecimiento por las facilidades que hemos encontrado en las esferas oficiales para el desempeño de nuestras tareas, y por el espíritu cariñoso y fraterno que nos han dispensado tanto las autoridades como el pueblo argentinos.

El Sr. PRESIDENTE. El señor Delegado, General Cumming for-

muló ya un voto de agradecimiento al gobierno y pueblo argentinos, lo que no obsta para que recibamos complacidos las manifestaciones del señor Delegado; y en nombre de aquéllos yo pediría disculpas a los señores Delegados si en razón de las tareas que nos han embargado, han dejado de encontrar alguna vez los representantes de todas las delegaciones las atenciones a que son merecedores y que sin duda recibieron en otros países.

Dr. COUTTS (Chile). Entiendo que está en el espíritu de toda la asamblea que el voto del Dr. Cumming era compartido por todos.

El Sr. PRESIDENTE. Sí, indudablemente; pero el señor Delegado del Perú no se hallaba presente cuando fué formulado.

Finalmente, antes de levantar esta sesión, invito a los señores Delegados a reunirnos a las 14 y 30 en el peristilo de la Catedral, donde las Delegaciones rendirán un homenaje al General San Martín; luego, a las 17 horas, nos reuniremos aquí en sesión plenaria.

Eran las 11 y 30 horas (11:30 A. M.).

DECIMA SESION PLENARIA

JUEVES 22 DE NOVIEMBRE DE 1934

17 y 30 horas (5:30 P. M.)

El Sr. PRESIDENTE. Queda abierta la sesión.

Le pediría al Dr. Miranda, que ha sido miembro tan activo de la Comisión de Redacción, que tuviera la gentileza de quedarse en la Mesa de la Presidencia, por si hubiera que hacer algún esclarecimiento respecto de los votos y conclusiones que va a leer el señor Secretario.

Dr. ROÇAS (Brasil). Es con gran pesar que la Delegación del Brasil, por mi intermedio, viene a pedir permiso para hablar respecto a un asunto ya pasado y que fué objeto de deliberación en la reunión de la mañana: Quiero referirme al modo en que fueron hechas las elecciones para las vacantes existentes en el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Ausente por enfermedad de la aludida reunión, mi distinguido colega, el Dr. Sérvulo Lima, yo no quise, por una cuestión de solidaridad natural que bien se comprende, asumir la responsabilidad íntegra de una protesta contra el procedimiento seguido para llenar las vacantes referidas. Acordado como estaba el respeto a los principios de rotación, con sorpresa vi que esos principios fueron derogados de una manera, si se me permite, un tanto tumultuosa, creándose así un precedente que me parece peligroso y que estoy seguro puede llegar a ser fuente de muchos disgustos o trastornos futuros, si no de la muerte de las propias Conferencias Sanitarias Panamericanas.

El Brasil no tiene candidato para ninguna de las vacantes. Hablo por eso con absoluto apartamiento, mas pienso todavía que el mejor medio de conciliar los sentimientos panamericanos en nuestras reuniones periódicas, sería adoptar normas reglamentarias imperativas, capaces de impedir se creen en sus deliberaciones situaciones incompatibles con los objetivos elevados del sentimiento panamericano.

Está claro que no hay de mi parte el más leve propósito de disminuir los méritos de los que merecieron el honroso homenaje de ser designados y que están aquí presentes; solamente me guía la defensa de un principio, que me parece de la más elevada justicia.

Pido, pues, que en las futuras elecciones sea respetado el principio de la rotación, de una manera definitiva.

El Sr. PRESIDENTE. Ante todo, yo quiero dar una explicación, porque hasta cierto punto me siento afectado por la declaración que acaba de hacer la Delegación del Brasil.

Esta mañana, como recordarán los señores Delegados, por dos, tres y cuatro veces, la Presidencia insistió que quería hacer aplicar el sistema de las cédulas, que parecía el más conveniente. En ninguno de esos casos, los señores Delegados apoyaron a la Presidencia, y en cambio, la mayoría de las Delegaciones se pronunciaron por la conducta contraria. La Presidencia no tuvo sino que acatar lo que la Asamblea, que es soberana, decidía. Siento mucho, por esta razón, que lo acontecido haya dado lugar a la protesta de la Delegación del Brasil.

Sr. GOMENSORO (Uruguay). Dada la forma cómo se desarrolló el debate y en virtud de que la Asamblea, por gran mayoría, aceptó la forma de la aclamación, la Delegación uruguaya no precisó sus puntos de vista al respecto. El Dr. Schiaffino pidió la palabra para hacerlo, cuando ya los hechos se habían consumado. Cree, sin embargo, la Delegación uruguaya que la forma a que deben sujetarse las próximas conferencias, es la de las cédulas y no la de la aclamación, por ser la primera de ellas la más conveniente, y por haberse aplicado ya en otras conferencias. Ese es el sistema que debió aplicarse en la reunión realizada esta mañana, de acuerdo con lo que aconsejaba en aquel momento la Presidencia.

Dr. SUSSINI (Argentina). Estoy de acuerdo con el pensamiento que acaba de expresar el señor Delegado del Uruguay. Creo que lo más conveniente es la aplicación del sistema de las cédulas. Nosotros no debemos interrumpir la buena costumbre que se ha adoptado a este respecto.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero observar, después de lo que acaban de decir los señores Delegados del Uruguay y de la Argentina, que la tradición no parece ser lo que ellos piensan; por el contrario, habitualmente, los candidatos se han elegido por aclamación. La innovación que yo quería introducir, era precisamente la de que adoptáramos el sistema de las cédulas, con la única excepción, de la cual no puedo manifestarme arrepentido, de la proclamación del señor Delegado Cumming, que por sus largos años de experiencia y su dedicación a estas materias, se imponía.

Por cierto, ahora se decidirá si se quiere adoptar como norma para las próximas Conferencias el sistema de las cédulas, que me parece muy conveniente.

Otro punto al que se ha referido el señor Delegado, Dr. Roças, es de acuerdo con lo que él sostiene, que se respete rigurosamente la rotación. Es esa otra cuestión que habría que decidir aquí, para establecer si se ha de seguir una norma rigurosa de rotación o si la cuestión debe resolverla, en cada caso, la respectiva Conferencia.

Me permito observar, sólo como simple comentario, que no todos los países, y esto sin desmedro para ninguno de ellos, pueden contar con miembros de la misma capacidad, y que puede haber alguno con

algún derecho, por condiciones especiales de sus Delegados, para figurar dos veces en las elecciones.

Dr. PAZ SOLDÁN (Perú). Me parece que el asunto que plantea la Delegación brasileña implica la solución de una cuestión de orden y procedimiento, que es previa. Se trata de una reconsideración o de una simple observación? En realidad, eso habría que resolverlo, aunque declaro, por mi parte, que si la Delegación brasileña considera que ese asunto debe reconsiderarse, los que hemos recibido el inmerecido honor de ser designados, dejaremos a la Asamblea en amplia libertad para pronunciarse.

Creo, sin embargo, que en su esencia, ésta es una cuestión, digamos así, más formal que de fondo. Cada Conferencia Sanitaria es soberana en lo que respecta a adoptar la forma de designación de los que han de componer la Oficina Panamericana. Nosotros no podemos legislar para las futuras asambleas, si no simplemente para ésta. Las anteriores Conferencias Sanitarias realizadas en el Uruguay, en la Habana y en Lima, se pronunciaron por aclamación, y la mayoría de las Delegaciones, por la confianza que le inspiraban las respectivas Mesas, después de adoptar el sistema a que me he referido, dejaron que ellas designaran el personal de la Oficina.

En la mañana de hoy, por mucho que hayan sido aclamados nuestros nombres para formar parte de la Oficina Sanitaria Panamericana, en puridad de verdad, la elección ha sido deferida a la Mesa, la que en seguida nos la devolvió con la lectura de la cédula, sistema que en buena cuenta fué aceptado por todos las Delegaciones. De manera que cualquier procedimiento que quisiéramos adoptar para el porvenir, tropezaría con la conducta observada por nosotros en el día de hoy. En estas condiciones, evidentemente el punto de vista personal de la Delegación brasileña es muy interesante, tanto más que ellos no han propiciado candidatura para suceder en la vacante dejada por el Brasil en la composición anterior de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El principio de las rotaciones no ha sido sistemático en estas conferencias, porque, si no, no se explicaría que los cubanos hayan figurado en tres juntas directivas sucesivas: en Montevideo, en La Habana y en Lima. En esas tres ocasiones figuraron Delegaciones cubanas y la asamblea no se sintió por ello incómoda en absoluto.

Ya que se habla en nombre del panamericanismo, creo que el verdadero panamericanismo consistiría en rogar a la Delegación del Brasil que no planteara la cuestión en la orden del día. Invocando, pues, el alto espíritu de solidaridad que aquí reina y por las especiales consideraciones que a todos nos ha merecido la sanidad brasileña, rogaría encarecidamente al jefe de su Delegación que, dada la no necesidad de formular un voto expreso en ese sentido de la Asamblea, después de la exposición que han hecho, retiren

aquella moción para no darle a este asunto sino el sentido de una recomendación que ya meditemos para el porvenir.

Dr. ROÇAS. Deseo manifestar que no nos ha guiado ningún propósito de crear dificultades a la Asamblea. Cuando presenté mi proposición, lo hice con el ánimo de prever para Conferencias futuras una situación de cierta tranquilidad, para evitar determinados regionalismos, que parecen querer insinuarse en el seno de estas conferencias. Acepto con todo agrado la insinuación del señor Delegado del Perú, Dr. Paz Soldán, en el sentido de que mi proposición quede concretada en los términos que él acaba de expresar.

El Sr. PRESIDENTE. Quiero agradecer, ante todo, en nombre de la Conferencia y de la Presidencia, la deferente atención que el pedido hecho por el Dr. Paz Soldán ha merecido de la Delegación brasileña. No podía ser menos cuando estaban de por medio la hidalguía y la caballerosidad nunca desmentidas del gran pueblo de América.

El Sr. PRESIDENTE. A continuación, el señor Secretario, Dr. Zwanck, dará lectura del Acta Final de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana.