

PROFILAXIS INTERNACIONAL

Por el

doctor CARLOS CARREÑO

Profesor Titular de Higiene Médica y Preventiva

SUMARIO: Origen, fuentes. Las Conferencias sanitarias internacionales (europeas). Las Convenciones: la primera, la segunda, la tercera, su contenido.

Las Conferencias Sanitarias Panamericanas: Su orden, sus resultados. La Conferencia de Wáshington, la de La Habana. El Código Sanitario Panamericano: sus disposiciones principales.

Las Conferencias siguientes: La VIII, de Lima; la IX, de Buenos Aires; la X, de Bogotá; la XI, de Río de Janeiro; sus votos y recomendaciones, importancia y actualidad.

Los Organismos internacionales de Sanidad: Oficina Internacional de Higiene Pública (París), la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, la Oficina Sanitaria Panamericana: sus funciones y deberes.

Instituciones privadas de sanidad internacional: la Fundación Rockefeller, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

El concepto hipocrático de que la enfermedad no es un hecho sobrenatural sino que obedece a motivos relacionados con el hombre y su medio, tardó varias centurias en ser admitido en forma general.

Durante ese lapso, el llamado método de la observación pura, había permitido saber que aquél y éste, el hombre y el medio, variaban dentro de límites extensos. El animal hombre puede ser clasificado en razas, por tipos, sexos, edades, etc., el medio se halla formado por factores diversos como clima, latitud, suelo, mares, montañas, etc. Por último la progresiva

mejora en el conocimiento de las causas de las enfermedades convencen, lenta pero firmemente, que buena cantidad de medidas a oponer a la enfermedad, no podían ser establecidas por el médico familiar y debían ser ordenadas y llevadas a cabo por la ciudad o la república, por el Estado en defensa de sus ciudadanos.

El conjunto de esas medidas estatales constituyen la higiene pública, que las adapta en forma empírica o en base a conocimientos que se tienen por demostrados: la eficacia de los resultados demuestra el acierto de tal elección.

Muchos siglos después de que las ciudades del Imperio Romano tuvieran acueductos y cloacas, recién se formula y se comprueba la ley de Mills-Reincke. Y, cuando el Estado contemporáneo, después de la organización industrial, echa de ver que hay otros factores patógenos además de germen, medio e individuo, que afectan colectivamente a la población o a su mayor parte, factores éstos, que provienen de los modos de trabajar, de alimentarse y alojarse y crea, además, las medidas a oponerles, queda establecida la medicina social.

La higiene pública y la medicina social constituyen la base de la profilaxis nacional e interna y también de la profilaxis internacional, tentativa del siglo anterior y hermosa realidad del presente, para armonizar los intereses de los distintos países signatarios.

En la era de los gobiernos absolutos, del despotismo ilustrado, la población formaba parte de la riqueza del Estado y el gobernante la defendía como a tal. Filósofos optimistas como el autor del Orden Divino enumeran las recetas de orden político, económico y social para llevar a cabo la felicidad del Estado y los ciudadanos, todo ello dentro de sus fronteras. Más allá de las mismas viven otros hombres, cuya vida y porvenir no le interesan.

La cuarentena y otras medidas adoptadas ya en los pequeños estados italianos en la Edad Media, tenían como única finalidad la defensa de la ciudad o la república y, evitar las plagas que las despueblan y empobrecen, forman parte de ese plan. Pero tales medidas llevan idéntica finalidad individua-

lista: favorecer al individuo, al municipio o la república que dependen del Estado que las adopta, es decir, evitar daños propios, sin cuidarse de los que afectan al vecino.

La industrialización progresiva de algunos países, en general europeos, y el aumento y organización de los medios de transporte que multiplican los contactos con países lejanos y más o menos aislados hasta entonces, causan, a simple vista, el aumento de ciertas enfermedades transmisibles.

Había llegado pues, el momento en que el Estado dictara normas generales, reunidas en reglamentaciones o leyes que se opusieran en forma eficaz, al desarrollo de enfermedades que debilitan, entorpecen y hasta disminuyen los habitantes, causando el consiguiente daño económico a la Nación.

Tales medidas no eran nuevas: el pueblo de Israel las había tomado ya siglos atrás, Mahoma las dictó también para los suyos y muchos municipios las tenían ya adoptadas para su propio beneficio. Pero ahora era el Estado como unidad, la colectividad de determinado país en forma conjunta, la que quería hacerlo.

Un nombre y una obra resumen los conocimientos de lo realizado hasta entonces: el del bávaro Johan Peter Frank, nacido en 1745, que abandona los estudios religiosos, prefiriendo la filosofía y la medicina que estudió en Heidelberg y en Estrasburgo.

Cuando se le preguntó que rama de la medicina se proponía cultivar, declaró que la salud pública, o como se la llamaba entonces en Alemania, la política médica. Dedicó desde entonces todos sus esfuerzos a la misma, terminando su libro en 1817, después de cuarenta años de trabajo.

Su obra titulada “System einer vollständigen medizinischen Polizey” resultó el libro standard en materia de higiene durante los cincuenta años siguientes. (Barkhuus).

Fué mucho más que un libro de juventud y románticas ambiciones personales, dice un autor, fué el primer planteo completo desde la higiene escolar en el sentido moderno, la que comienza desde entonces a formar parte de la medicina política; planteó, *ex-novo*, algunas ramas de la salud pública

y de la medicina preventiva (tuberculosis, venéreas, prostitución, maternidad, y protección infantil) como organismos que debía administrar la comuna local. Estableció en el mundo moderno, la idea de la promoción de la salud como conducente a la capacitación de la población y como una forma de la defensa nacional; sostuvo que la vida fisiológica debe ser propugnada por el Estado y formar parte de sus objetivos primarios.

Para componer este gran libro, señero en los anales de la medicina política, Frank visitó toda Europa consultando a reyes y gobiernos, analizando las leyes y reglamentos dictados sobre estos asuntos. Pronto adquirió la convicción de que por grande que fuera el esfuerzo, una sola persona no lograría reunir todos los datos acerca de las condiciones locales, en regiones cercanas y remotas. El conocimiento analítico obliga, inevitablemente, a restringir el campo de observación y lo que se buscaba, a nuestro juicio, era sintetizarlos con el propósito de deducir reglas eficaces.

Recurrió pues a sus colegas con su “Carta a la profesión erudita” (1776) que plantea por primera vez en la historia el problema de la organización sanitaria desde el punto de vista internacional.

Dicho planteo significaba, salvo uno que otro ensayo anterior, poner sobre el tapete la necesidad de conocer lo realizado por cada país, primer paso hacia la cooperación de los mismos en la lucha contra las enfermedades, especialmente las epidémicas.

La *Carta* de Frank sienta como premisa el valor de la salud y por ello “los Príncipes han fundado ilustres colegios de salud pública que suprimen los obstáculos que a ella se oponen... la enorme tarea necesita la colaboración de los hombres ilustrados... para las muchas cosas que deben ser investigadas... dejando algunas para serlo más tarde... por la gravedad del asunto (salud pública) los hombres ilustrados tienen el deber de responder las preguntas de la misma”. Propone soluciones para la licencia médica, para el charlatanismo y otros problemas, pero sobre todo, propugna la nece-

sidad de la cooperación y la colección concisa de los decretos que tratan de la salud pública y su determinación de acuerdo a los principios de la razón y de la experiencia. (Barkhuus).

La tarea a realizar era inmensa y no muchos los capacitados para llevarla a cabo.

Las *pestes* asolaban con intervalos los países, provocando en las poblaciones el terror por la enormidad de sus estragos. Cundía el desconcierto por ignorarse la manera de evitarlas, lo que originaba habitualmente en el país alcanzado, su ocultación y, en los vecinos, precauciones, casi siempre excesivas. Pero el desaliento no alcanzaba a todos; algunos espíritus selectos no aceptaban las epidemias como males inevitables y de alcance sólo individual o familiar y entre ellos, Frank, quien demuestra que los males colectivos constituyen un asunto de orden público, que debe encarar el Estado buscando su solución. La carencia de la acción estatal organizada y su importancia iba a ser puesta bien pronto de manifiesto.

En efecto, hacia 1830, aparece el cólera en Europa. La epidemia se extendió de 1827 a 1837, comenzó en Lahore, pasó a China y al Africa por el peregrinaje a la Meca, siguiendo la vía Pundjab, Afganistán, el Herat, Persia; penetra en Europa por Rusia, por el valle del Volga, en 1829. En el año siguiente fueron atacadas Karkoff y Moscú, Rusia Occidental y Bulgaria y en 1831 San Petersburgo, Helsingfors, Suecia, Berlín, Viena y la Bohemia y en octubre, aparece en Inglaterra.

El número de víctimas se avaluó en más de 100.000 (Tanon) e Inglaterra propuso, sin éxito, un entendimiento general entre los países afectados.

A la anterior sigue la epidemia de 1841-1855, que recorre casi idéntico camino que aquélla e induce a las naciones, con la fuerza incontrastable de los hechos, a comprender y aceptar la necesidad de participar en la lucha general contra ellas, sometiendo sus intereses particulares a los de Europa en conjunto.

Como el cólera, la peste había invadido Europa pero en su parte meridional, en distintas oportunidades. Desde el siglo VI que causara estragos en Bizancio, Italia, las

Galias y la Germania (531-580 a. J. C.); no reaparece hasta la mitad del siglo XIV (1346-1353) la terrible *peste negra* del medioevo europeo, a la que se atribuye veinte millones de víctimas. Durante las cuatro centurias siguientes (ver Peste) aparece repetidamente, casi sin interrupción hasta que en 1845, según se acepta, había desaparecido de Europa y de Oriente. (Dujardin-Beaumetz).

La fiebre amarilla, a la que se asigna origen americano, había de tener su historia científica recién al comenzar el siglo XX y otro tanto ocurre con el tifus exantemático.

Las *pestes* incluían el tifus, la disentería, la tifoidea y similares, todavía mal caracterizadas y delimitadas clínicamente y cuya trasmisibilidad o contagiosidad eran aún discutidas. Faltaba el *estudio de elementos* que proponía Frank, que se descubriesen los gérmenes, el modo de transmitirse, los vehículos; que se anulara o redujera el papel atribuido a factores como los mismos, el terreno, etc. a sus verdaderos límites. Y aún debió transcurrir medio siglo para que se conocieran dichos *elementos*, que permitieran la cooperación entre los países, basada en la *razón* y la *experiencia*.

La irregularidad con que aparecían las pestes, su reparto desigual y el conocimiento vago que de ellas se tenía, permitió que fueran descuidadas, llegándose a pensar “que la era de las grandes epidemias había ya pasado”

La revolución industrial, basada en descubrimientos sensacionales del siglo XVII y en especial manera su uso en la mecanización del transporte, contribuyeron a extender y estrechar las relaciones entre los Estados, multiplicando los contactos entre sus poblaciones y facilitando así la trasmisión de las enfermedades contagiosas. Las ciudades crecen en forma insólita en su número y población, desordenadamente sin plan y sin regla higiénica alguna.

Durante el siglo XVIII las epidemias reaparecen y se extienden en Europa en manera alarmante, como vimos más arriba, pero las exigencias de la industria y del comercio no permitían ya volver al aislamiento de tiempos anteriores.

Los países dictaron entonces sus normas propias en de-

fensa de la salud y comprendieron del todo la necesidad de cooperar para el bienestar común.

Las Conferencias.

Las poblaciones de algunos países colocados en las vías comerciales, sintieron, en forma especial, la necesidad de reprimir las epidemias de las que eran víctima y vehículo: así Egipto, comprende desde muy temprano la importancia de vigilar la salud de sus habitantes; en sus puertos y ciudades se establecen medidas de orden internacional, que habían de ser luego imitadas, tales como hospitales, lazaretos, comisiones sanitarias, consulares, etc., en las que colaboraban médicos europeos, que se caracterizan por el vigor con que sostienen las ideas de las escuelas en que ellos fueron instruídos.

Aunque los intereses encontrados darían motivo a divergencias ardorosamente discutidas en el Comité consular, no hay duda que la dilucidación de los problemas se encontraba en el mejor terreno: del choque de teorías científicas y de conveniencias comerciales, debía salir, sin exigir demasiado a algunos, el método equilibrado que defendiera a todos. Los detalles de esas juntas son materia de historia epidemiológica.

Pero esa fué la idea fundamental al plantear las Conferencias.

La Primera Conferencia internacional, reunida en París el 5 de Agosto de 1851, se debió, según Tanon, a los esfuerzos de Francia. En realidad, muchos habían preparado el terreno para su organización: una *entente* fué propuesta por Inglaterra en 1832, el inspector sanitario francés Segur de Peyron, propone en 1834 una conferencia internacional; una nueva sugestión igual de Inglaterra, en 1843, encuentra la oposición de Austria, quien la consideraba prematura, por faltar bases seguras en que fundar los reglamentos que se dictaran. Melier, inspector sanitario francés, consiguió, tras años de lucha, que su gobierno tomara la iniciativa y la realizara en ese año de 1851.

Allí iban a enfrentarse diferentes teorías, resumidas así por Salomonsen (Barkhuus)

1. — De acuerdo a la primera teoría, había una profunda distinción que hacer entre las epidemias y las enfermedades contagiosas (epidemias sin contagio).
2. — De acuerdo a la segunda teoría, las epidemias no se producían exclusivamente por contagio, sino también por “infección”, es decir, por la unión de un contagio y de la constitución (epidemias y contagio).
3. — La tercera es la doctrina “contagia tarda secundaria”, contagios posteriores (las epidemias producen el contagio). (Salomonsen.)

El talento personal de los contendores iba a influir, sin duda, al sostener tan diversos puntos de vista, agregando una dificultad más al acuerdo que se buscaba.

Las diferentes teorías carecían aún de pruebas que mostrasen claramente su realidad, lo que impedía el dominio de una de ellas, permitiendo a la vez que todas tuvieran sostenedores. Además, el factor nacionalidad, representado en las diversas escuelas médicas y los intereses de cada nación, a lo que debe agregarse que discutían médicos y diplomáticos, son factores que permitían prever la escasez de resultados prácticos de esa primera conferencia sanitaria internacional.

Si se recuerda que las causas de las enfermedades allí consideradas eran todavía desconocidas y que aún faltaban cuarenta años para el “decenio admirable” (1880-1890) en que serían descubiertas, se justifica su poco éxito y más aún, obliga a rendir homenaje a quienes buscaban el camino en medio de tanta oscuridad. Ya veremos que igual dificultad va a presentarse en las sucesivas reuniones, durante la segunda mitad del siglo XIX.

La que aquí consideramos tuvo como resultado la elaboración de un convenio, representado por un reglamento con 137 artículos, que constituye la primera tentativa de un código sanitario internacional, que se ocupa de los problemas de denuncia (notificación) y cuarentena del cólera, peste y fiebre amarilla.

La Intendencia Sanitaria de Alejandría, creada en 1831 por Mahomed Alí, gobernante de Egipto que le dió poder para resolver sobre el número de días de cuarentena, período de observación de los buques, la administración sanitaria, etc. con un cuerpo médico de distintas nacionalidades, con dirección rotativa, condiciones estas últimas que fueron poco a poco imprimiéndole su carácter internacional. En 1853, se le asigna un director permanente. En 1839, a raíz de una discusión sobre prerrogativas del gobierno de Egipto, fué disuelta.

Este comité fué creado nuevamente en 1840, sin representación de las potencias extranjeras, las que sólo fueron readmitidas en 1843, con voz, pero sin voto.

En la primera Conferencia Sanitaria Internacional de 1851, se conceden a dicho organismo las mismas prerrogativas que al gran Consejo o Consejo Superior de Salud de Constantinopla, solucionándose además, el problema de su administración.

La creación de un jurado internacional en materias sanitarias, propuesta por el diplomático español Segovia, fué rechazado por la mayoría de las potencias, por lo que significaba como ingerencia en su soberanía particular.

Lo acordado en esta primera Conferencia, sólo fué ratificado por Francia, Portugal y Cerdeña, retirándose, poco después, los dos últimos países.

La Segunda Conferencia (París, 1859). Los resultados poco felices de la primera, fueron atribuidos a que los delegados técnicos discutían las soluciones científicas, más que las medidas realizables.

Se ha dicho que el esfuerzo de los diplomáticos para encauzar las discusiones hacia la aplicación práctica, perdía eficacia, frente al aspecto abstracto de las cuestiones, discutido por los técnicos. Por dicha razón sólo fueron invitados en esta oportunidad, los diplomáticos, con lo que se esperaba aligerar las discusiones. Pudo así concretarse un proyecto de convenio, que no llegó a firmarse, por la inquietud dominante en el

momento en los países europeos, provocada por las guerras en Italia.

La Segunda Conferencia se malogró pues, y mal podía dar resultados aprovechables.

La Tercera Conferencia Sanitaria Internacional, se reunió en Constantinopla en Febrero de 1866, con los representantes de diecisiete naciones. El tema principal a debatir fué la llamada cuarta epidemia de cólera, iniciada tres años antes en Bombay, de donde pasa al Yemen y Somalilandia, en 1864-65, estallando en forma terrible, seis meses después, en la Meca, con motivo del peregrinaje ritual islámico.

El pánico se apodera de los fieles, que abandonan la ciudad santa huyendo despavoridos.

Pero algo nuevo interviene en esta ocasión: el transporte de los mismos por “vapores”, lo que significa gran rapidez, comparativamente a las reuniones anteriores.

Mientras que en epidemias pasadas la desconcentración de los peregrinos se hacía siguiendo el largo y lento camino de las caravanas, en esta vez la aplicación del vapor, recién descubierta, a la navegación, permitió que los fieles volvieran al hogar durante el período de incubación de la enfermedad. Así tuvo lugar la extensión de la epidemia colérica a Egipto, de donde se propagó luego a Constantinopla, Marsella y Malta y, desde esos puertos a Turquía y Rusia; a Italia, Francia, España (Valencia), Austria, Alemania e Inglaterra.

La Conferencia aceptó nombrar una comisión especial, propuesta por los delegados franceses, que debía estudiar el origen, la enfermedad en sí, su trasmisibilidad, la inmunidad de ciertas localidades, la influencia en su propagación de las aglomeraciones, el camino seguido, su profilaxis, etc.

Fauvel resume lo establecido por la comisión: su procedencia de la India, su trasmisión por el hombre (portador); que un solo enfermo, puede causar una epidemia; la acción favorecedora de las aglomeraciones, la “predilección por el sistema intestinal, de las materias que ocasionan la propagación y que ellas (las materias, pierden rápidamente su carácter peli-

groso si se exponen al aire” Esta afirmación “sorprendentemente aguda, fué escrita 18 años antes del descubrimiento de Koch y sobre una base empírica”

Las medidas que recomendó la Conferencia eran higiénicas, las especialmente aplicables a los países del Oriente y las de cuarentena.

Acepta además, que las cuarentenas son siempre menos gravosas al comercio internacional, que la enfermedad.

Se propuso también la creación de un organismo sanitario internacional a orillas del Mar Rojo.

Sin embargo, no se llegó a firmar convenio alguno.

La Cuarta Conferencia (Viena, 1874). El programa de la misma, establecido por el gobierno austro-húngaro, comprendía el origen, trasmisión, cuarentenas de mar y tierra para el cólera; medidas contra la peste y fiebre amarilla y, por fin, la creación de una Oficina Sanitaria Internacional, en Viena, idea que obtuvo la aprobación general.

Es interesante reseñar que en esta Conferencia, si bien se aprueba en general lo aceptado en la de Constantinopla, la oposición de algunos delegados ilustres como Pettenkoffer, cuya teoría sobre la importancia del “suelo” no aceptada por todos, impide el acuerdo general. La autoridad magistral no bastó para doblegar el razonamiento científico de lo “no probado”

Hirsch propone dos sistemas: uno de cuarentena y otro de inspección médica tan sólo, aplicables a los distintos países, según la distancia que los separa del que sufre la epidemia. Fauvel plantea con valentía la influencia de los intereses, que separan opiniones científicamente coincidentes. Los médicos habían aprendido diplomacia.

La fiebre amarilla, endémica en el Nuevo Mundo, es considerada en esta reunión, a causa de que aumentaban notablemente las relaciones de América con Europa.

La Quinta Conferencia (Wáshington, 1881). Ya en Viena, siete años antes, había sido tenida en cuenta la fiebre ama-

rilla como afección trasmisible, sobre la que debían llegar a un acuerdo los países concurrentes.

El aumento constante de las relaciones comerciales y de las migraciones entre Europa y América, poníanla en el tapete para ser discutida.

Estados Unidos de Norte América sentía especialmente la responsabilidad por las sucesivas epidemias sufridas en la segunda mitad del siglo XIX.

Por su parte, todo el nuevo continente iba a colaborar y por acción del cubano Finlay, en forma decisiva.

Pero la reunión de Wáshington en 1881, resuelta por la representación, tenía un programa más amplio:

“Establecer un sistema internacional satisfactorio y seguro de *notificación* de enfermedades contagiosas e infecciosas, especialmente cólera y fiebre amarilla”

“Establecer un sistema uniforme y satisfactorio de *certificado* de salud, digno de confianza, de las condiciones sanitarias del puerto de salida y del buque, a su partida”.

Ambos puntos fueron discutidos con amplitud, planteándose, en cuanto al primero, la teoría de Finlay, que, de ser correcta, obligaría a dejar de usar las medidas que se oponían hasta entonces, a la fiebre amarilla.

Una comisión especial debía estudiar todo lo relativo a ella.

En cuanto al certificado de salud, del puerto y del barco, debía ser expedido por agente sanitario responsable, del gobierno central, en el puerto de salida.

Debía crearse, además, una organización internacional, en Viena, para Europa, Africa y Asia, y otra en La Habana, para el continente americano, que recogieran informaciones sobre cólera, fiebre amarilla y peste.

Además cada país debía contar con un servicio sanitario que conociera el estado de la salud pública en su territorio.

La Argentina envía por primera vez, a esta reunión, sus representantes.

La Conferencia de Roma (1885) se lleva a cabo por iniciativa de Italia.

En 1883 había estallado y hacía estragos en Egipto, una nueva epidemia. Las consecuencias sobre la navegación en el Mediterráneo e igual cuestión de la del Mar Rojo, encienden nuevamente las discusiones, que, se esperaba, encontrarían solución en dicha reunión en Roma.

Poco antes actuaban en Egipto una comisión francesa y una alemana y es en esa época que Koch descubrió el agente patógeno, revelado en 1884 en la Conferencia de Berlín.

El camino a seguir había sido ya trazado por Koch y Pasteur; Brouardel, examina la situación y pone en claro el peligro que amenaza a Europa por la libre navegación del Canal de Suez por vapores provenientes de Bombay, donde el cólera... Surgía pues la necesidad e discutir nuevamente las medidas útiles, y otra vez, en la reunión de Roma, fué debatido el valor de las cuarentenas y la posibilidad de adoptar un certificado o patente de sanidad.

Tampoco pudo esta reunión aprobar el código sanitario internacional redactado, ni crear la oficina sanitaria internacional tantas veces propuesta. Una vez más fracasa el convenio buscado entre las naciones. La epidemia extendida a casi toda Europa, se extingue hacia 1886.

La Conferencia de Venecia (1892). En 1891 se enciende en la India una nueva epidemia de cólera que alcanza Caboul y luego Herat, lugar en que se concentran los fieles en su camino a la Meca; algunos meses más tarde gana Persia y Bakú, de donde se distribuye a toda Rusia, principalmente por la vía fluvial del Volga.

Poco tiempo después alcanza a Francia por sus puertos, e Italia, para extinguirse a los dos años. (Tanon).

Los ingentes daños causados, motivan, como en las epidemias anteriores, una reunión, llevada a cabo en Venecia, a la que asisten 14 estados. El tema central fué el control de las epidemias relacionadas con las peregrinaciones, mediante reglamentación para los buques que navegan el Canal de Suez.

El convenio preparado se ratificó, por fin, con lo que queda establecida una Convención Sanitaria Internacional, considerada, entonces, moderna y liberal. A pesar de ello, la enfermedad se extiende en Europa y ello origina la Conferencia de Dresden.

La Conferencia de Dresden (1893), que en cierto modo completaba la de Venecia, puesto que nueve estados llegan allí a un convenio sobre las medidas preventivas del cólera en Europa y en especial de su extensión por la vía fluvial del Danubio. Además se ocupa de la notificación de la enfermedad (Barkhuus). Su objetivo fué elaborar las reglas generales de la profilaxis del cólera.

La Conferencia de París (1894). Algunas reuniones posteriores tuvieron la finalidad de aportar adiciones o modificaciones a la de Dresden. Así la de París (1894), en la que estaban representadas Persia y 12 estados europeos, se ocupó especialmente de la vigilancia del peregrinaje musulmán y el del Golfo Pérsico. Es decir que trataba la manera de combatir el cólera en su fuente misma, discutiendo también, el problema de los puestos sanitarios en el Mar Rojo.

La Conferencia de Venecia (1897). La peste parecía extinguida desde largos años, salvo algunos focos aislados en Africa y Asia, donde persistía. A fines del siglo XIX, en la zona montañosa de Yunnan aparece la epidemia en 1893 y es transportada, al parecer, a Long-Tcheou por los convoyes y luego, por vía fluvial, a Canton y Hong-Kong (1894). Desde allí se extiende por vía marítima y penetra en la India por el puerto de Bombay (1896). Esta es la epidemia más extensa, pues puede decirse que, en pocos años alcanzó al mundo entero, a través de los mares.

El terror que siempre acompañara a la peste, motivó una reunión internacional, apenas aparecida en Bombay. Reúnense así en Venecia, en 1897, los representantes de países europeos, y allí se formularon prescripciones relativas a la misma. Mejoráronse además, los convenios sanitarios anteriores.

La Conferencia de París (1903). Tenía por finalidad principal establecer un *código sanitario* que contemplara, sobre todo, lo referente a peste y cólera, pero se ocupó también de la fiebre amarilla.

Ya en el año anterior, una reunión en Viena, de representantes de grandes compañías marítimas, reconocía que los convenios anteriores no habían sido cumplidos muy estrictamente y que con ello se perjudicaba la salud de Europa y también a la marina mercante.

En esta reunión se discute una vez más y se acepta en principio, la idea de crear un organismo de sanidad internacional, que había sido propuesta en Viena en 1874 y en forma algo diferente, en Wáshington en 1881.

Se firma la Primera Convención Sanitaria Internacional.

Este convenio demostró tener gran valor práctico, pero a medida que adelantaban los conocimientos tales como la comprobación del papel de los portadores sanos en el cólera, los que se desprendían del informe inglés sobre el papel de los roedores en la peste, etc., lo volvieron insuficiente. Necesitó pues ser retocado, para lo que se provoca la de 1911.

Entretanto, en Roma (1907) queda creado el Office International d'Hygiene Publique, con asiento en París (ver más adelante).

En la Conferencia de París (1911-12) participan todos los países de Europa y América, Egipto, India, China y Japón, en total 40 naciones.

Dos puntos deben destacarse en sus discusiones: 1) que las mercancías no podían transmitir el cólera ni la fiebre amarilla; 2) la importancia de la organización sanitaria interior de cada país.

Se dictaron reglamentos respecto a ratas y mosquitos, en los que también eran tenidos en cuenta los nuevos descubrimientos. La guerra de 1914-18 retardó la firma del convenio hasta 1920 (Segunda Convención Sanitaria Internacional).

Pero las enseñanzas de la primera guerra mundial del siglo

y los cambios que ella produjo y permitió, dieron motivo a una nueva reunión.

La Conferencia de París (1926), en que 66 estados representados (*) dan la pauta de la importancia que todo el mundo asignaba a sus deliberaciones (Tanon). En dicho mitin quedan establecidas la mayoría de las medidas actualmente en vigor.

Es la Tercera Convención Sanitaria Internacional llamada de París. Es un cuerpo de doctrina, disposiciones y medidas, que, salvo algunas pocas, continúan en vigencia hasta hoy.

Comprende cinco Títulos.

El primero, sobre *Disposiciones generales*, es en realidad, lo esencial de la Convención, puesto que incluye medidas referentes a profilaxis de la peste, del cólera, de la fiebre amarilla, tifus exantemático y viruela.

Comprende dos capítulos: el primero se ocupa de lo que debe hacer, para la defensa común, el *país contaminado* (en cuyo territorio se manifiesta alguna de las mencionadas enfermedades) y el capítulo segundo, que trata las medidas que deben o pueden tomar los *otros países*, frente a las proveniencias de aquél.

El Título Primero. — Disposiciones Generales. Capítulo Primero, comprende:

Sección I. — Notificación y comunicaciones ulteriores (arts. 1 a 9).

Sección II. — Condiciones de aplicación de las medidas y cese de ellas (arts. 10 a 20).

Sección III. — Medidas en puertos contaminados, al partir los buques (art. 13).

En el Capítulo Segundo, Medidas de defensa contra las enfermedades mencionadas en el anterior, comprende:

Sección I. — Comunicación de las medidas prescriptas (art. 16).

(*) La Rep. Argentina por los Drs. G. Aráoz Alfaro y Manuel V. Carbonell.

Sección II. — Mercaderías y bagajes. Importación y tránsito (arts. 17 a 20).

Sección III. — Disposiciones relativas a los emigrantes (arts. 21 a 23).

Sección IV — Medidas en puertos y fronteras marítimas (arts. 24 a 48).

Sección V — Disposiciones generales (arts. 49 a 57).

Sección VI. — Medidas en fronteras terrestres, viajeros, ferrocarriles, zonas fronterizas, vías fluviales (arts. 58 a 66).

Los títulos II, III y IV, se refieren a las condiciones de aplicación de las reglas generales a cierto número de casos particulares (Pottevin) y el V, sobre disposiciones finales, es de orden diplomático.

La República Argentina no ha ratificado aún la Convención Sanitaria Internacional de París (1926). En esencia sus disposiciones (ver apéndice), son las mismas que las del Código Sanitario Panamericano que trascribimos más adelante, ratificado por nuestro país en Septiembre de 1935 por la Ley argentina N° 12.206.

La Conferencia de París (1938) que como las anteriores, discute las correcciones que se hacen necesarias. En esta oportunidad se debían al hecho de que Egipto se hace responsable de la vigilancia sanitaria de la cuarentena marítima en el Canal de Suez.

Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Las naciones del Nuevo Mundo no habían participado en las Conferencias Sanitarias Internacionales europeas del siglo XIX, sino por excepción: Estados Unidos de América.

El limitado desarrollo de la higiene pública en ellas, como países que recién adquieren su independencia, el escaso contacto con los focos originarios de la peste y del cólera y aún con los focos americanos de fiebre amarilla, les permitía vivir en una feliz ignorancia de las mismas.

Pero el rudo golpe asestado al nuestro por las epidemias de cólera (1869), fiebre amarilla (1871) y peste bubónica

(1900), obligó a los gobiernos argentinos a enviar representantes a dichos coloquios, puesto que el aumento del comercio del país con el extranjero y el movimiento inmigratorio empezaban a acentuarse.

Parecidas necesidades llevaron a las naciones de este continente a reunirse en Conferencias, semejantes a las europeas.

La Primera Conferencia Interamericana se reunió en Wáshington en 1890 y recomendó a los países participantes llevar a cabo lo estipulado en Río de Janeiro en 1887 o las propuestas redactadas en Lima en 1888.

Muchas otras reuniones de carácter regional habíanse realizado antes: en Lima, 1847-48; en Santiago y Wáshington en 1856; en Lima en 1864 y 1887-89; en Montevideo en 1888-89; las que trataron tópicos diversos, pero no consideraron asuntos sanitarios. Ya en 1844, Alberdi urgió la conveniencia de un congreso general americano (Moll).

La Segunda Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas, se realizó en Méjico, de octubre de 1901 a enero de 1902. Se comprobó la eficacia de los principios aprobados en Dresde, así como se confirma el éxito de la teoría de Finday, sobre la participación del mosquito en la trasmisión de la fiebre amarilla.

Como en ocasiones que ya conocemos de conferencias europeas, se aceptó como ideal la restricción de las medidas cuarentenarias u otras, al mínimo compatible con la seguridad para los pasajeros y el país.

Resultaron aprobadas al finalizar la misma, importantes resoluciones:

Los reglamentos de cada país sólo interrumpirán en lo mínimo indispensable los viajes y el tráfico;

Los gobiernos, cooperarán entre sí y con los municipios de su país, para la mejora de la higiene de los puertos;

Denunciarán la existencia o marcha del cólera, fiebre amasilla, peste bubónica, y viruela, o todo otro brote de gravedad;

Las autoridades sanitarias y portuarias harán constar en la *patente* del buque, la existencia de enfermedades transmisibles en el puerto de partida;

Se convocará en el término de un año, en Wáshington a una Conferencia de representantes de sanidad de las distintas repúblicas, que debieran estar autorizados, para firmar convenios y reglamentos beneficiosos para sus países; y que esa Conferencia fuera seguida de otras semejantes.

Se recomendó finalmente la creación de un organismo permanente que resida en Wáshington, que llevaría el nombre de Oficina Sanitaria Internacional, vocablo este último, que se cambió después por Panamericana, cuyos gastos sostendrían las repúblicas contratantes. Estas deberán transmitir a la *Oficina* datos relativos al estado sanitario del país, sus puertos y territorios, ofreciendo facilidades para el estudio e investigación de los brotes de enfermedades pestilenciales, a fin de que ella (la Oficina) preste su concurso y experiencia, según lo aconsejen las circunstancias”.

Es decir que la Segunda Conferencia Internacional Americana aprobó en Méjico la creación de dos organismos panamericanos: las Conferencias Sanitarias y la Oficina Sanitaria Panamericana. El propósito es establecer un medio de cooperación entre las autoridades sanitarias de las 21 Repúblicas americanas, “a fin de conseguir el establecimiento y conservación de condiciones sanitarias adecuadas, según los modernos adelantos, en sus respectivos puertos y dependencias, para reducir, tanto cuanto sea factible, las restricciones inherentes a la cuarentena, hasta lograr su completa supresión”

En el curso del mismo año (1902) ambas “pasaron al terreno de la realidad, al celebrarse en Wáshington en octubre del mismo, la Primera Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas” (B. O. S. P., pág. 1099, 1935).

La Segunda Conferencia Sanitaria Interamericana, reunida en Wáshington en octubre de 1905 contó con delegados de 12 repúblicas americanas, entre las que falta la Argentina.

Entre los que representaban a cuatro de estos países, no habían médicos ni sanitarios, pero en cambio se hallaban presentes figuras de gran autoridad en la materia.

Quedó firmada allí la llamada Convención Sanitaria de Wáshington (1905) que ostenta el título de *primer Código Sanitario Panamericano*. Se ha dicho que “acaso constituya el mayor paso adelante dado en más de un siglo en los procedimientos internacionales de cuarentena, pues formuló reglamentos, no sólo para fiebre amarilla, sino también para otras trasmisibles, limitando las restricciones que los países signatarios se comprometieron a no traspasar en su aplicación al comercio internacional”

Este documento nacido del esfuerzo mancomunado de las repúblicas americanas, por la acción de sagaces diplomáticos e higienistas preclaros, dota a los países del Nuevo Mundo de un cuerpo de doctrina con base científica y sabia ordenación, de las que algunas disposiciones siguen aún en vigencia. Aplicando el principio fecundo, por lo realista, de dañar lo menos posible al vecino, al resguardar sus intereses propios, los signatarios se ofrecen garantías mutuas, contra la trasmisión de algunas enfermedades “comunicables”, con medidas basadas en los conocimientos más adelantados acerca de ellas.

La Tercera Conferencia Sanitaria Internacional se llevó a cabo en Méjico el 2 de diciembre de 1907.

Enviaron delegados 13 repúblicas, con Brasil y Colombia entre ellas, las que lo hacían por primera vez. Tampoco en ésta, aparece en la lista de las presentes la República Argentina.

La Cuarta Conferencia Sanitaria se reunió en San José de Costa Rica, de diciembre de 1909 a enero de 1910.

Figuran en su programa puntos como los siguientes: informe sobre adelantos sanitarios y legislativos de cada país; medidas de protección de pasajeros que embarcan en puertos infestados; medidas preventivas de la introducción de otras enfermedades no incluídas en la Conferencia de Wáshington

(1905) así como modificaciones en las ya tratadas, por nuevas adquisiciones; adopción de la Convención de Wáshington por los países europeos que tienen colonias en las Américas y organización de Comités nacionales de salud pública en cada país. (Moll).

La Quinta Conferencia tuvo su asiento en Santiago de Chile en 1911.

La Sexta Conferencia se realiza en Montevideo en 1920.

La Séptima en La Habana, 1924, donde se firma el Código Sanitario Panamericano. Representaban a la Argentina los Dres. G. Araoz Alfaro y Joaquín Llambías.

En los veinte años transcurridos desde la Convención de Wáshington (1905) los esfuerzos de las Repúblicas Americanas fueron manifestándose en las sucesivas reuniones, por la eficacia gradual de las medidas aconsejadas.

Poco a poco se acercaban a las soluciones científicas de los problemas, con el mínimo roce o avance sobre los derechos e intereses de cada nación.

Destácanse nítidamente entre esas creaciones la publicación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana iniciada en 1922 y la firma del Código Sanitario Panamericano, en La Habana, como resultado de la Conferencia de 1924. Dicho Código no es sino la modificación de la Convención de Wáshington.

Código Sanitario Panamericano.

Este documento que jalona uno de los hechos más importantes de la historia sanitaria del mundo y por ende de nuestro continente, codifica, es decir, ordena en forma metódica y sistemática, las disposiciones preventivas de las enfermedades transmisibles. Para ello fueron actualizados los preceptos contenidos en la Convención de Wáshington, cuyas disposiciones habían sido ya contempladas y aplicadas durante cuatro lustros.

“El Código, ratificado ya hoy por las 21 Repúblicas Americanas (la Argentina en 1935), encuadra dentro de las tendencias científicas de la sanidad contemporánea y expresa conclusiones fundamentales, basadas en la experiencia y respaldadas por la ciencia, ofreciendo así la solución de una multitud de problemas que a todos los países americanos interesan... pautas idénticas y sabias, para resolver pronta y equitativamente, los problemas que surjan”.

La aplicación de este Código evita los perjuicios comerciales que causaban los rechazos o prolongadas esperas de las mercaderías y las cuestiones desagradables producidas por ello, para lo cual, se trató de hacer de él un instrumento práctico, de aplicabilidad total.

Los dos decenios transcurridos desde que fuera dictado, han permitido, en las sucesivas Conferencias, su mejora parcial, de algunas disposiciones, así sólo sea en su interpretación, como las aprobadas en la IX Conferencia de Buenos Aires, “que hacen más liberales y simples los procedimientos de cuarentena internacional” (Lloyd).

La República Argentina ratifica el 27 de setiembre de 1935 la Convención y Código Sanitario Panamericano suscrito en 1924, en La Habana y la Adición al mismo suscrito en Lima en 1927. Ambos documentos constituyen el contenido de la Ley argentina N° 12.206.

Consta de XIII Capítulos y 63 Artículos, con aclaraciones respecto a algunos artículos de la Convención de Washington, de la VIII Conferencia de Lima en 1927 y la Adición al Código Sanitario Panamericano y el Protocolo adicional al mismo. (Recopilación de leyes, etc. Tomo I. Boletín Sanitario, Buenos Aires, 1938).

Las principales disposiciones (Ver Código Sanitario Panamericano, en Apéndice) son las referentes a:

Notificación: a los signatarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana de casos de peste bubónica, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático, meningitis e. e. epidémica, encefalitis letárgica epidémica, poliomeilitis aguda epidémica, influenza aguda epidémica, fiebres

tifoideas y paratíficas, y cualesquiera otras enfermedades que la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante la debida resolución, agregue a la lista que antecede.

Informes adicionales sobre: área, fecha, origen y formas, fuente probable, número de casos, defunciones y sospechosos y —para la peste bubónica— mortalidad de ratas.

Datos estadísticos: los signatarios se obligan a recoger y consignar los datos demográficos, mediante oficinas central y regionales; la promulgación de leyes y decretos sobre nacimientos, defunciones y enfermedades transmisibles, por funcionarios de sanidad, hospitales, etc., con penas a quienes no lo hagan oportunamente.

Patente de sanidad: es un documento que debe obtenerse en el puerto de salida y escalas, firmado por el cónsul del país de destino; que alude al momento epidémico y a la conducta de pasajeros y tripulantes y condiciones de embarque mismo mientras se halle en el puerto. Acompañase la lista de pasajeros y tripulantes y posibles *polizones*. La patente debe expedirse 48 horas y el *visa* sanitario 24 horas antes de la salida.

Limpia: se llama cuando en el puerto no hay cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tifus u otra contagiosa grave de forma epidémica. La presencia de alguna de ellas se anota en “observaciones” (art. 23).

Sucia: es la patente que muestra la presencia de casos no importados de cualquiera de las indicadas en el artículo anterior.

Otros documentos sanitarios: el libro médico (pasajeros, vacunación, agua, ratas, mosquitos; certificación de fumigación, etc.). En ausencia del médico lo firma el capitán.

Clasificación de puertos:

P. Infectado: aquel donde hubieren casos autóctonos (uno o más) de los mencionados en el artículo 23.

P. Sospechoso: aquel en el que, o en su área adyacente haya ocurrido dentro de los 60 días, casos autóctonos de las enfermedades de lartículo 23, o no se hayan tomado las medidas defensivas.

P. Limpio. Clase A.: es el que llena las siguientes condiciones:

- 1) ausencia en él y sus adyacencias de casos no importados de las enfermedades del artículo 23.
- 2) que cuente en cantidad y calidad adecuadas, con:
 - a) personal sanitario competente y adecuado;
 - b) medios de fumigación;
 - c) personal y material suficiente para destrucción de roedores;
 - d) laboratorio bacteriológico y patológico;
 - e) abasto de agua potable y pura;
 - f) medios para coleccionar datos de mortalidad y morbilidad;
 - g) elementos para aislar pacientes sospechosos y para tratamiento de enfermedades infecciosas (artículo 31).

P. Limpio. Clase B.: es aquel que cumple las dos primeras condiciones del artículo anterior (ausencia de casos no importados y presencia de personal competente y adecuado).

P. no clasificado: es el que, por falta de referencias suficientes, no puede serlo. Provisoriamente se lo considera sospechoso o infectado, según los datos parciales de que se disponga.

El entonces Dto. Nal. de Higiene de nuestro país, clasificó en 1939 los puertos argentinos en: *Puerto limpio, clase A.*: Buenos Aires, Rosario, Santa Fe, La Plata y Bahía Blanca. *Puerto limpio, clase B.*: San Nicolás, San Lorenzo, San Martín, Villa Constitución y Concepción del Uruguay. *Puerto limpio bajo vigilancia* (del Dto. Nal. de Higiene) Mar del Plata, Necochea, Diamante. (B. O. S. P. pág. 285, 1939).

Clasificación de buques:

Buque limpio: se llama al que procede de *puerto*

limpio (Clase A. o B.) que no haya tenido durante la travesía ningún caso de peste bubónica (incluso murina), cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático o cualquiera otra enfermedad de carácter epidémico, y que haya cumplido estrictamente los requisitos de este Código. (Memorándum de interpretación aprobado en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana de Lima, 1927).

Buque sospechoso o infectado: (art. 36)

- 1) el que durante su travesía, haya tenido un caso o casos de las mencionadas en el art. anterior.
- 2) el buque procedente de puerto infectado o sospechoso.
- 3) el buque que procede de puerto donde exista peste bubónica o fiebre amarilla.
- 4) cualquier buque en el que haya ocurrido mortalidad entre las ratas.
- 5) un buque que haya violado las disposiciones de este Código.

Quienes violaren lo dispuesto en el Código quedan sometidos a las penalidades dictadas por el Gobierno en cuya jurisdicción se cometiera.

El tratamiento de los buques: las autoridades sanitarias del puerto al comprobar el cumplimiento de los requisitos del artículo 35, concederán libre plática a los buques limpios (art. 38). Los sospechosos, se someterán a lo necesario para determinar su verdadera condición (art. 39) y en caso dudoso, se preferirá el criterio de las condiciones actuales del buque. (Memorándum de interpretación de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana). Los buques infectados por las enfermedades del art. 23 se someterán a las medidas que impiden su continuación a bordo y su transmisión a otro o bien al puerto. Se destruirán los vectores, desinfectándose los efectos recientemente ensuciados con excrementos humanos. Las ratas en número excesivo y los insectos vectores potenciales, per-

miten la desinfección del barco, cualquiera sea su clasificación.

Las medidas sanitarias prescriptas por el Código para los barcos infectados por cada enfermedad, han sido tratadas al ocuparnos de ellas en particular (ver peste, fiebre amarilla, cólera, viruela, tifus exantemático).

El Cap. VII del Código se refiere a modelos de fumigación, usando algunos gases o sustancias consideradas fumigantes típicos, los que se usarán de acuerdo a una tabla especial, horas de exposición, cantidad por cada mil pies cúbicos, y otras disposiciones complementarias; el Cap. VIII se refiere a los médicos de los buques, su actuación y los títulos que deben poseer, además de idoneidad mental y moral.

El Cap. IX se refiere a la Oficina Sanitaria Panamericana (ver más adelante).

El Cap. X trata de los buques aéreos a los que serán aplicadas las prescripciones de esta Convención y se les asignará sitios para aterrizaje que gocen de igual estado legal que los fondeaderos de cuarentena.

Los capítulos XI, XII y XIII se ocupan, respectivamente, de la vigencia de los artículos de la Convención de Wáshington que no estén en conflicto con las prescripciones de ésta; de la validez de acuerdos anteriores entre los signatarios y otros gobiernos y el último, de disposiciones transitorias.

La VIII Conferencia Sanitaria Panamericana se reunió en Lima en 1927, y aprobó el siguiente Memorándum de Interpretación del Código Sanitario:

Que se entienda que la obligación de notificar a los giosas, a las que se refiere la última parte del artículo IV del Código, a todas las enfermedades que se presenten con carácter epidémico.

Que se entienda que la obligación de notificar a los países adyacentes se extiende también a todos los países americanos.

Con referencia al artículo IX, se entenderá que las

medidas sanitarias a que dicho artículo se refiere se aplicarán a las procedencias del área infectada.

Para la interpretación de los artículos XI y XXX debe entenderse que el artículo XI se refiere a la clasificación científica de un área infectada y el artículo XXX a la norma que, en la aplicación de las medidas que el Código Sanitario dispone, deben seguir las autoridades sanitarias.

En el artículo XIX, donde dice casos autóctonos, debe entenderse uno o más casos.

Que la interpretación del artículo XXXV debe entenderse que se denomina buque limpio a aquel que procede de un puerto limpio de la clase A. o B., que durante la travesía no haya tenido a bordo ningún caso de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático o cualquier otra enfermedad de carácter epidémico y que haya cumplido estrictamente los requisitos contenidos en este Código. Para los artículos 41, inciso 5 y 44, inciso 3, que se refieren a la peste humana o murina y a la viruela, respectivamente, entiéndese que no se oponen a la aplicación de las medidas que las autoridades sanitarias locales decidan en cada caso, en vista de las circunstancias especiales.

Que en los casos de interpretación dudosa de los artículos de este Código, que se refieren a la aplicación de medidas sanitarias a los buques, tendrá preferencia el criterio de condiciones actuales del buque sobre el criterio de su procedencia.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana se reúne en Buenos Aires en 1934 y cuenta, por primera vez, con los representantes de todas las repúblicas americanas.

Los objetivos fundamentales de la organización de dichas reuniones son, como es sabido, la creación y mejora de medidas de aplicación internacional y, la Conferencia de Buenos Aires cumpliendo su cometido, aprobó *resoluciones interpreta-*

tivas de ciertas cláusulas del Código Sanitario, como ya lo había hecho la de Lima anteriormente.

Lloyd señala algunas de gran importancia :

la disposición de que un buque aéreo ha cumplido con los requisitos prescriptos cuando se hace figurar, en el libro de a bordo, los datos esenciales del modelo de patente de sanidad; la que reconoce otros métodos eficaces de desratización distintos de la fumigación; y finalmente la resolución que admite la posibilidad de que un buque que cumple ciertas condiciones, puede considerarse exento de ratas, aceptándose, en prueba de ello, los certificados de desratización y de fumigación.

Además la Conferencia de Buenos Aires aconsejó a los países americanos adherir y ratificar la Convención Internacional Aérea, aplicable a los aviones en todos los países del mundo y cuyo texto fué examinado cuidadosamente. Igual conducta se siguió con respecto a la Convención Sanitaria Internacional de París de 1926 (B. O. S. P. Julio 1935).

También se aprobaron los reglamentos para dominio y erradicación de la fiebre amarilla, que habían dado buenos resultados en Brasil; así como muchos otros acuerdos sobre importantes tópicos: organización sanitaria, unificación de servicios asistenciales de distinta jurisdicción, coordinación de servicios de higiene; demografía, paludismo, leche, higiene materno-infantil, higiene escolar; lepra, ofidismo, alcoholismo, enfermedades tifo-exantemáticas, agua; inscripción de institutos científicos panamericanos y propaganda sanitaria.

La Conferencia fué clasificada, certeramente a nuestro juicio, como representando “una continuación y prolongación de trabajos ya proyectados”

Doce años después, en 1946, habría que reconocer que nuestro país no ha dado aplicación y ni siquiera comienzo de ella, a muchas de las *recomendaciones* de la reunión de Buenos Aires.

La X Conferencia Sanitaria Panamericana, de acuerdo a

lo resuelto en 1934, se reunió en Bogotá en setiembre de 1938, particularizándose entre otras cosas, además de lo completo de la lista de temas, por algunos nuevos, como el seguro social, una exposición de higiene y el gran caudal de aportaciones científicas discutidas en forma sensata y práctica.

Concurrieron además de los delegados, los Directores de Sanidad de la mayoría de las repúblicas americanas (B.O.S.P. Noviembre 1938).

Se destaca en el editorial citado, que algunas resoluciones aprobadas como las referentes a paludismo, sanidad marítima y aérea, agua potable y productos biológicos, imponen nuevas obligaciones a la Oficina Sanitaria Panamericana.

En efecto, tras meditado estudio, la Conferencia aprobó, además de las nuevas obligaciones citadas, cambios en la constitución y estatutos de Oficina, que alteran la composición del Consejo Directivo; otro que dispone la realización de conferencias interamericanas cada dos años y limitan el número de temas oficiales, en las futuras, buscando una más detenida consideración de los mismos (loc. cit.).

Honróse con sendos homenajes a dos ilustres colombianos, los Dres. García Medina y Lleras Acosta y al estadista y pensador argentino Domingo F. Sarmiento (ibid).

Las modificaciones a la constitución y acción de la Oficina Sanitaria Panamericana (Ver más adelante) forman el núcleo de lo tratado en el mítin de higienistas reunidos en Bogotá.

Para el detalle de los votos y recomendaciones aprobadas, enviamos al lector al Apéndice.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana tuvo lugar en Río de Janeiro en 1942.

La destacadísima situación que ocupa Brasil en la sanidad continental por los conocidos factores de población, situación y clima, así como por el talento de muchos de sus investigadores dedicados a la higiene y sanidad, hacían prever el feliz éxito de dicha reunión.

Antiguos y modernos problemas aún no resueltos, o en

vías de serlo y algunos inéditos hasta entonces, por lo circunstancial de los mismos, fueron discutidos allí, lo que permitió llegar a los habituales *votos y recomendaciones*.

He aquí la lista, que aún resultando prolija para un texto de enseñanza de alumnos, creemos útil su detalle para mostrar la importancia y extensión de los temas allí tratados y resueltos.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve recomendar y aconsejar a los países americanos:

- 1) Que continúen consultándose mutuamente, a medida que esto resulte necesario, en lo tocante a la posible adopción de medidas encaminadas a ejecutar la recomendación XXX de la Tercera Reunión de Cancilleres de las Repúblicas Americanas;
- 2) Que adopten medidas encaminadas no sólo a conservar y mejorar los recursos médicos y otros necesarios para la conservación de la salud pública y la seguridad continental, sino también para fomentar el intercambio de tales recursos a fin de satisfacer las exigencias continentales relativas a la salud;
- 3) Que realice, cada uno de ellos, una encuesta sobre la distribución geográfica de las enfermedades transmisibles de importancia en tiempo de guerra, de acuerdo con un programa que formulará la Oficina Sanitaria Panamericana;
- 4) Que de conformidad con los planes sugeridos por la Oficina Sanitaria Panamericana acopien datos epidemiológicos y sanitarios y los suministren inmediatamente a dicha Oficina para distribución inmediata entre las Repúblicas Americanas;
- 5) Que lleven a cabo un inventario de las existencias de los recursos esenciales para la conservación de la salud con que cuentan, a fin de asegurar su mejor utilización y facilitar el aprovechamiento de los mismos en las obras de defensa sanitaria continental;
- 6) Que lleven a cabo, asimismo, una encuesta relativa a sus necesidades médicas y sanitarias a fin de determi-

nar cuales son las imprescindibles para mantener la salud pública, que deben ser atendidas con el auxilio de los otros países ;

- 7) Que preparen informes confidenciales sobre los resultados de las precitadas encuestas, los cuales, tomadas en cuenta las limitaciones impuestas por las exigencias militares, serán sometidas para consideración por la Oficina Sanitaria Panamericana y los países interesados ;
- 8) Que la eficiente cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana sea utilizada largamente en todo asunto concerniente a los problemas de sanidad y de defensa sanitaria, pidiéndosele específicamente la designación de una Comisión de Técnicos cuyos servicios podrán ser solicitados por los diversos países para llevar a cabo encuestas relativas a las enfermedades o para inventariar las necesidades que haya de recursos esenciales para la conservación de la salud pública como medio de defensa continental; y que cuando esta Comisión visite cualquier país, el Director General de Sanidad o la autoridad correspondiente serán considerado, *ex-officio*, como miembro de la misma ;
- 9) Que de presentarse o amenazar en cualquier país alguna epidemia, que pueda afectar la salud de las poblaciones de los países vecinos o la seguridad continental, los demás países suministren, si así se les pide, toda la asistencia y auxilio necesarios, de acuerdo con sus propias posibilidades y bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana ;
- 10) Que dado que el incremento de los transportes aéreos, tanto civiles como militares, muchas veces por rutas imprevisibles favorece grandemente la diseminación de las enfermedades por intermedio de insectos vectores o de enfermos y portadores, se advierta a los diversos Gobiernos la necesidad de adoptar medidas extraordinarias y eficientes para prevenir dicha diseminación, debiendo para esto obtener la más amplia coo-

peración de las autoridades sanitarias, civiles y militares. La Oficina Sanitaria Panamericana funcionará como centro de información y de consulta sobre este asunto.

SERVICIOS MILITARES DE SANIDAD

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve:

- 1) Sugerir la conveniencia de establecer una cooperación integral entre los servicios de sanidad, militares y civiles;
- 2) Sugerir a los Servicios de Sanidad Militar de los distintos países:
 - a) la creación de núcleos de médicos sanitaristas dentro de los mismos servicios;
 - b) que los médicos sanitaristas, cuyos servicios sean juzgados por los Gobiernos respectivos utilizables para las poblaciones civiles, sean en caso de movilización aprovechados como sanitaristas;
 - c) que se incluyan cursos de especialización de Higiene y de Salud Pública, en los cursos de medicina militar, y que en los mismos se matricule parte de los médicos convocados para servicio activo.

INGENIERIA SANITARIA

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

- 1) Estimular en regiones apropiadas de la América Latina la producción del cloro y sus compuestos, para la desinfección de las aguas potables y clacales;
- 2) Estimular la producción del verde de París para la lucha contra el mosquito, en zonas convenientemente localizadas;
- 3) Estimular, en regiones bien escogidas de la América Latina, la producción de cemento destinado a obras de ingeniería con finalidad antimalárica y otras realizaciones sanitarias;

- 4) Levantar el censo del personal especializado en ingeniería sanitaria, e instituir cursos intensivos de esa especialidad, de manera que pueda proveerse convenientemente del personal técnico necesario;
- 5) Crear núcleos de auxilio mutuo, en estados y países limítrofes, para el inventario y almacenaje de materiales destinados a las obras sanitarias a fin de que su intercambio pueda ser facilitado en caso de urgencia;
- 6) Tomar medidas para la protección del agua, así como para la garantía de las maquinarias y materiales necesarios para obras sanitarias;
- 7) Estimular las pesquisas encaminadas a descubrir sustitutos de los materiales empleados en obras sanitarias que pueden escasear;
- 8) Estudiar analíticamente y dominar los peligros derivados del riego con agua contaminada de los productos vegetales empleados para alimento;
- 9) Tomar medidas técnicas adecuadas, a fin de proteger contra actividades destructoras, los establecimientos de importancia sanitaria;
- 10) Crear una comisión permanente de ingenieros sanitarios a la que desde luego incumbe la redacción de los preceptos mínimos de ingeniería sanitaria que hay, que aplicar en caso de urgencia.

NUTRICION

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los Gobiernos de las Repúblicas Americanas:

- 1) Que la producción de géneros alimenticios sea planeada de conformidad con las necesidades alimenticias básicas de la población, establecidas por medio de encuestas, y concediendo atención especial a este problema en las regiones de monocultivo;
- 2) Que se den o fomenten medios apropiados de transporte a fin de posibilitar la distribución equitativa de los géneros alimenticios (si fuera necesario por el Gobierno), de manera que cada individuo pueda ad-

- quirir los alimentos que necesita para mantener su salud;
- 3) Que se conceda atención especial a la educación del pueblo, y en particular a la nueva generación en lo tocante a la importancia de la nutrición correcta;
 - 4) Que se establezca una íntima colaboración entre los varios Ministerios interesados en los diversos aspectos del problema de la nutrición, a fin de que se instituya en cada país una política y un plan nacionales de alimentación;
 - 5) Que las pesquisas sobre nutrición se orienten especialmente en el sentido de:
 - a) estudiar la relación entre la composición del suelo y el tenor en sales minerales de los alimentos vegetales;
 - b) estudiar la relación suplementaria de las proteínas vegetales de diversos orígenes;
 - c) estudiar en grupos de población los efectos de los regímenes simples y monótonos.

LECHE

Siendo la leche alimento de primera necesidad, la XI Conferencia Sanitaria Panamericana aconseja el estudio de los procedimientos más sencillos y apropiados a cada región de cada país para obtener leche de buena calidad higiénica, asegurando su protección por la pasteurización fiscalizada o el hervido a domicilio.

VIVIENDAS

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda que, entre los asuntos que trate la V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, figura el estudio de la habitación en todos sus aspectos, para lo cual la Oficina Sanitaria Panamericana de Wáshington designará una comisión técnica que preparará la documentación pertinente y sugerirá a los Gobiernos que no hayan aún creado comisiones nacionales sobre la materia, que lo organicen oportunamente.

CODIGO SANITARIO TIPO

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve:

Continuar la Comisión de Código Sanitario Tipo, reforzando sus atribuciones y poderes, a fin de obtener de las autoridades competentes de cada república todos los informes relacionados con la tarea de los estudios de la evolución del Derecho Sanitario.

Autorizar a la referida Comisión para formular un plan definitivo de trabajo, que será sometido a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual lo pondrá en conocimiento de los Gobiernos interesados.

Pedir a la Oficina Sanitaria Panamericana que se encargue de adoptar las providencias necesarias para la ejecución y financiamiento de este trabajo, cuyos resultados serán sometidos a la consideración de la V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad.

CARRETERA PANAMERICANA

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando que la construcción y utilización de la Carretera Panamericana puede crear importantes problemas sanitarios, recomienda que la Oficina Sanitaria Panamericana facilite, a petición de los países interesados, auxilio técnico con respecto a los problemas precitados.

BIODEMOGRAFIA

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

- 1) La creación y mantenimiento en los servicios de sanidad de cada una de las repúblicas americanas, de un órgano técnicamente preparado para la recolección, compilación y análisis de los datos biodemográficos y otros que guarden relación con la salud pública.
- 2) Que, en lo posible, la Oficina Sanitaria Panamericana coopere con las Repúblicas que soliciten su auxilio para la organización de los órganos de biodemografía o perfeccionamiento de sus métodos biodemográficos.

- 3) Que la Oficina Sanitaria Panamericana en colaboración con el Instituto Interamericano de Estadística y los estadígrafos de los diversos países, coopere en la uniformación de técnicas y procedimientos, con el objeto de mejorar las organizaciones de estadística, y obtener, en mayor grado, uniformidad y comparabilidad en la información estadística relativa a biodemografía y salud pública.

La XI Conferencia Sanitaria Panameircana recomienda que:

- 1) Se adopte la recomendación de la IV Conferencia Panamericana de Directores de Salud relativa a la mejor obtención de datos estadísticos relativos a la incidencia del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares.
- 2) Se intensifique la práctica sistemática de autopsia en los casos de defunción sin asistencia médica.
- 3) Se instituya en las Cátedras de Higiene y Medicina Legal de las Escuelas de Medicina, como ejercicio obligatorio, la preparación de certificados de defunción.
- 4) Se constituya en la Oficina Sanitaria Panamericana una Comisión encargada de uniformar las normas de bioestadística y de coordinar los esfuerzos encaminados a la solución de problemas bioestadísticos de interés común para los países de América.

DIARREAS Y ENTERITIS

Vista la complejidad e importancia de las diarreas y enteritis como causa de gran número de muertes en particular en la infancia, la Conferencia recomienda que las Administraciones Sanitarias de los países de América propulsen estudios clínicos, microbiológicos y epidemiológicos acerca de las diarreas y las enteritis, concediendo atención especial a las salmonelosis, y que utilicen para ello los servicios de los laboratorios especializados ya existentes o que fueren organizados, destacando entre ellos el Laboratorio de Higiene de Montevideo; y recomienda también que este asunto figure en el programa de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a todos los Gobiernos del Continente:

- 1) La realización de estudios relativos a la enfermedad de Chagas, desde el doble punto de vista, médico y social.
- 2) La solución del problema de la vivienda rural.

FIEBRE AMARILLA

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, enterada de los resultados obtenidos por el Brasil en lo tocante a la erradicación del *Aedes aegypti*, resuelve consignar un voto de aplauso hacia este progreso sanitario obtenido, que representa una garantía contra la propagación de la fiebre amarilla y pide al mismo tiempo a los Gobiernos de los países en cuyos territorios se encuentran los vectores de la enfermedad que organicen servicios destinados a su erradicación basándose en los planes adoptados por el Brasil.

INFLUENZA

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, a fin de que sea posible conseguir datos que permitan obtener mejores medidas de lucha recomienda:

Que se continúen las investigaciones sobre los medios de inmunización contra la influenza, hasta conseguir métodos eficaces de prevención, sin descuidar, sin embargo, durante las diferentes epidemias la ejecución de estudios epidemiológicos, clínicos y las observaciones de laboratorio acerca de la transmisión del virus, de la cual se encargará un laboratorio central que será designado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

LEPRA

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

A la Oficina Sanitaria Panamericana que, de acuerdo con lo resuelto por la Conferencia de Bogotá, se encargue de la

organización de la Segunda Conferencia Panamericana de Lepra que se realizará en 1945, en el Brasil, nación ésta, cuyos progresos notorios en este tema constituyen un ejemplo para el continente.

M A L A R I A

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, convencida de que la malaria es la dolencia que más perjuicios ocasiona a la mayoría de las naciones del Continente, recomienda que los Departamentos Nacionales de Sanidad de los países americanos acepten las recomendaciones de la Comisión de Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana y considere a esta última como órgano consultor para la ejecución de sus planes de estudio y control del paludismo.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana consigna un voto especial de aplauso al Gobierno del Brasil, a sus técnicos sanitarios y a la Fundación Rockefeller, por la extinción del *Anopheles gambiac*, obra ésta que, además de constituir una demostración de los progresos en la salud pública alcanzados en el Brasil, representa una nueva afirmación de lo que puede esperarse de la cooperación interamericana, por la cual merece la gratitud de todos los países del Continente.

P E S T E

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana complácese en reconocer los continuos esfuerzos que las Repúblicas americanas, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana, han realizado para erradicar la peste bubónica de sus territorios y aconseja a los países en que esta enfermedad aún no ha sido eliminada, que continúen realizando campañas anti-pestosas, utilizando para ello las últimas técnicas profilácticas.

TIPO EXANTEMATICO

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

La creación por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana de una Comisión de estudio sobre el tifo exantemático y otras rickettsiasis para;

- 1) Determinar las diversas variedades de virus tifoso que existen en cada país, con el fin de conseguir mejores medios de vacunación.
- 2) Estudiar los reservorios y los vectores de tales virus que existan en cada país.
- 3) Presentar las conclusiones de sus trabajos a las próximas conferencias.
- 4) Que las autoridades sanitarias de las regiones donde existe tifo exantemático y en las que haya poblaciones indígenas, procuren conseguir la cooperación de las poblaciones por medio de la acción sanitaria de núcleos seleccionados entre los propios aborígenes, como medio más directo y eficaz de llegar a un estado sanitario que no sea efímero.

TUBERCULOSIS

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

La adopción del método de Manuel de Abreu (microfilm) como método de diagnóstico en la lucha antituberculosa.

Dejamos así cerrado lo relativo a las Conferencias y Convenciones realizadas en nuestro continente, de las que surgió el Código Sanitario Panamericano que, nacido y perfeccionado en las sucesivas reuniones, rige nuestro mundo occidental.

Las relaciones entre todos los países del orbe, en el sentido que aquí tratamos, lo están por el Código dictado en París en 1926, ya estudiado más arriba.

ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SANIDAD

- a) Oficina Internacional de Higiene Pública (París)
- b) Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (Ginebra)
- c) Oficina Sanitaria Panamericana (Wáshington).

a) **Oficina Internacional de Higiene Pública de París.**

La realización del control internacional moderno de las enfermedades se lleva a cabo por importantes organismos entre los que cuenta, en primera línea, la “Oficina”, cuya instrumentación se dispuso en la Conferencia de París de 1903, como oficina sanitaria central y permanente.

En el Convenio de Roma, de diciembre de 1907, se decidió nombrar un Comité Permanente Internacional. Dicho Comité se reunió por primera vez en París, en noviembre de 1908.

Se hallaban presentes, representantes de dos países americanos: Brasil y Estados Unidos de América; la India Británica y Túnez; y además, nueve países europeos, Francia, Gran Bretaña, Rusia e Italia, entre ellos. Se acordó crear y establecer en París la dicha Oficina, bajo la designación oficial de “L’Office International d’Hygiene Publique” que comenzó sus funciones en el año siguiente.

Integran la “Oficina” el mencionado Comité Permanente y un *Bureau*, con director y personal muy limitado, establecidos en París, como lo dispuso el Convenio de Roma de 1907.

Dicho Comité ejerce el privilegio, dice Barkhuus, de comunicarse directamente, sobre asuntos de igual índole, con las autoridades sanitarias de los países signatarios; preparar el material para convenios entre los gobiernos y vigilar el cumplimiento de los en vigencia, para las modificaciones necesarias y oportunas. Es decir, que estudia las cuestiones de higiene, especialmente las relativas a epidemias, reúne los datos e informaciones dispuestas por las Convenciones internacionales y controla su realización.

El Comité se reunía dos veces por año en París, pero se acordó que podía hacerlo en forma que permitiera concurrir a los delegados que sean funcionarios permanentes de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

Tienen derecho a ser miembros del Comité Permanente, quienes representan a los países firmantes de la Convención de Roma. En el tiempo transcurrido desde que fuera instrumentado, el número de países signatarios se elevó a más de cincuenta, puesto que, para ello, no era indispensable la ratificación de las Convenciones Internacionales.

Por su larga actuación y colocación central en todas las transacciones sobre estos temas, la Oficina resulta el organismo científico mejor informado e informante, para los países adheridos. Sus actividades no han mermado por causa de las que realiza la Organización Sanitaria de la Liga, y por el contrario, aquélla ha aceptado constituir el Consejo Sanitario Consultivo de la Liga de las Naciones. (Barkhuus). “Sus actividades, lejos de disminuir, se han acrecentado a consecuencia de la obra de la Liga y al impulso dado por ésta, a las comunicaciones y entendimientos internacionales”

Además de un *relevé* epidemiológico semanal, mensual y un informe anual, publica un *Boletín*, con las noticias referentes al organismo, sus reuniones y acuerdos y, además, da a las prensas artículos originales de gran valor científico, noticias epidemiológicas y resúmenes cuando no transcripciones de legislación, reglamentos, etc.

b) **Organización de Higiene de la Liga de las Naciones** (Ginebra).

La entonces nueva ordenación, dispuesta por los países que triunfaron en la I gran guerra del siglo actual, se condensa en la Liga de las Naciones, que nace con el comienzo de aplicación, en 1920, del Tratado de Versalles.

La Sociedad o Liga de las Naciones “constituye una asociación de Estados que han aceptado algunas obligaciones internacionales para mantener la paz y ayudar en la solución de cuestiones de interés internacional”.

No fué olvidado en dicho Tratado la lucha que todos los países mantenían contra las enfermedades trasmisibles y para realizarla, el artículo 23 establece que los Estados miembros de la Liga, “tratarán de tomar medidas en materia de interés internacional para la prevención y el control de las enfermedades”

Es decir que la Organización de Higiene de la Liga “representa una aplicación particular de este programa que tiende a desarrollar las relaciones internacionales según un plan de conjunto”

En primer término se procuró, en 1920, trazar un plan para la Organización Sanitaria. Creóse una Comisión Epidémica y además, quedó establecido en Ginebra, un Comité Sanitario Provisorio, el que, con la colaboración de la Oficina de París, proyectó la definitiva Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, aprobada en 1923 por la IV Asamblea de la Liga.

La Organización de Higiene de Ginebra está constituida por:

- a) Un Consejo Consultivo, que no es otro que la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, ya tratada más arriba, cuyo poder como único órgano internacional le viene de la Convención de Roma. Por las funciones que la Oficina de París realiza y por la forma en que se halla integrada, por representantes de los gobiernos, resulta el organismo más adecuado para tales funciones de *consejo consultivo*. Su tarea consiste en resolver las cuestiones que le sean sometidas por el Comité de Higiene;
- b) Un Comité de Higiene, que cuenta con diez y seis miembros: un presidente y nueve miembros que pertenecen a la mencionada Oficina y los seis restantes son nombrados por el Consejo de la Sociedad de las Naciones, a propuesta del Comité de Higiene;
- c) Un Secretariado que es el órgano ejecutivo;
- d) Una Comisión de Epidemias. Nacida de las primeras reuniones (1920) con la dirección de Norman White,

para ayudar a las autoridades sanitarias de Europa Oriental a combatir el tifus, fué anexada luego a la Sección de Higiene de la Liga.

Para obtener informaciones aprovechables se crearon servicios, se aumentó la propaganda, se establecieron *standards*, etc. En 1925 se creó el Eastern Bureau, en Singapur, que aportaría los datos de todo el Oriente.

La lucha contra las enfermedades trasmisibles en primer término, y luego, la dilucidación de muchos y fundamentales problemas de higiene internacional, han podido ser estudiados en forma nunca vista, hasta el nacimiento de este organismo. Prueba de ello, es la lista de cuestiones esenciales para la vida y salud de las poblaciones, de que da una idea las que anotamos a continuación :

Enseñanza de la medicina en distintos países de Europa; fumigación de navíos, paludismo en Siam, comisiones de opio, de lepra, de standardización biológica; profilaxis de la tuberculosis, etc. (1932).

Informes sobre servicios de higiene en Africa, India, regímenes alimenticios, alimentación adecuada, terapéutica, habitación y paludismo, reforma de estudios médicos, etc. (1933).

La salud y la crisis económica en Estados Unidos, los estupefacientes, la venta de medicamentos, los pantanos pontinos, los hospitales ingleses, la mosca, esfuerzo muscular, jardines obreros, cáncer, vitaminas, anofeles, vacuna antivariólica, etc. (1934).

La standardización biológica y de hormonas sexuales y de tuberculina, el tratamiento de la sífilis, bacilemias, reacciones serológicas, etc. (1935).

Lucha contra la mosca, el reumatismo, paludismo, tracoma, alimentación popular, nutrición de los escolares, índices de salud, higiene en China, en Estados Unidos, etcétera (1936).

Anofeles, misión en España, exploración en Liberia, profilaxis del tifus, necesidades alimenticias en el primer año, el problema de la leche, alimentación en Chile, hi-

giene de la habitación, profilaxis y tratamiento del paludismo, etc. (1937).

Las escuelas de higiene, sueros, los institutos de higiene, los institutos Pasteur, paludismo, morfina, fiebre ondulante, vacuna antivariólica, sueros varios, etc. (1938).

Informe sobre la Organización y programa de trabajo del año, esquema de informe-tipo sobre salud de las poblaciones, la casa rural, leptospirosis, el doping, alimentos en poblaciones rurales; tuberculosis en medio rural, el pan, higiene pública en Bélgica, tendencias de la política médico-social en Europa; sueros antiperfringens, sustancias gonadotrópicas y galactógenas, etc. (1939).

Alcoholismo y rabia en médicos rurales, terminología en paludismo, acción antiepidémica en China, alimentación con y la cuestión del arroz; nutrición en la Unión Sud Africana y Filipinas, standardización biológica V, etcétera (1940-41).

Amenaza de tifus en Europa, metabolismo de la vitamina C, standardización biológica VI, léxico de enfermedades contagiosas, estado sanitario de Europa, enfermedad del hambre en campos de internados, etc. (1943-44).

El gran número y la importancia de las cuestiones estudiadas en diez volúmenes del Boletín trimestral, con alto espíritu de colaboración y abstracción hecha de fronteras, han producido un cuerpo de doctrina de valor inestimable, a nuestro juicio, para la salud pública de todos los países.

Si en otras secciones de la Liga de la Naciones los resultados obtenidos no han alcanzado igual éxito, en la Organización de Higiene, los mencionados estudios justifican con demasía, su creación.

Hoy, que la actuación de la Liga toca a su fin, es honrado aclarar hasta dónde alcanzaron la tarea y los afanes de la Organización de Higiene.

e) **Oficina Sanitaria Panamericana** (Wáshington).

Como hemos visto más arriba, la II Conferencia Internacional Americana aprobó la creación de un organismo per-

manente que residiera en Wáshington, llevara el nombre del epígrafe, la que cobró realidad en 1902 con motivo de la Conferencia en dicha ciudad.

Cuenta con un Comité permanente de miembros designados por elección.

La Oficina cumplirá lo dispuesto o lo que dispusieran en el futuro las conferencias sanitarias internacionales u otras de las repúblicas americanas; constituye la agencia sanitaria central de coordinación de las nombradas repúblicas, que reúne y hace conocer las informaciones de esa índole, pudiendo designar representantes especiales. Se le acuerdan facilidades para estudio e investigación de las enfermedades pestilenciales y presta su concurso en conocimiento y experiencia.

Tiene pues el valor de la originalidad al crear, por primera vez en el mundo, un organismo sanitario internacional, ya que la Oficina de París y la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones nacen en 1907 y 1921, respectivamente (B.O.S.P., Febrero 1940).

La Oficina convoca a dos clases de reuniones periódicas: las Conferencias Sanitarias Panamericanas que hemos comentado con amplitud, que crean, por así decir la *doctrina sanitaria* para los países del Nuevo Mundo y las reuniones de Directores de Sanidad, que discuten la aplicación práctica, las ventajas e inconvenientes de aquellas teorías o doctrinas.

La lectura de sus sesiones, comentadas en el Boletín de la Oficina, permite admirar el celo, capacidad y dedicación de ellos, o de sus representantes y, a la vez, la urgencia de que todas las direcciones sanitarias estén en manos expertas de sanitarios que *vivan* apasionadamente sus problemas.

El órgano de publicidad de la Oficina, es el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, creado en el año 1922 y cuyo alcance es notable en la información epidemiológica, en la exposición de métodos de diagnóstico, de tratamiento y profilaxis de las trasmisibles. Aborda los temas fundamentales de organización y administración sanitaria, de bioestadística, de higiene industrial, escolar y rural; de demografía de los países americanos, de enseñanza sanitaria, de hospitales, de institu-

ciones del seguro social, alimentación, enfermeras, etc.; es decir, de cuanto asunto se relacione con la sanidad del continente y más aún en editoriales, consultas, crónicas, notas y revistas de bibliografía, del mayor interés y valor científico. Su conjunto, de 25 volúmenes, constituye una obra monumental, erigida en honor a la buena vecindad de las repúblicas americanas aunque su trascendencia sea, en verdad, universal.

Como la Oficina de París, la Oficina de Wáshington mantenía relaciones con la Organización de Higiene de Ginebra. Desempeña para las Américas igual papel que aquélla, en la defensa y fomento de las medidas sanitarias para los países del continente occidental.

Para no repetir, copiamos a continuación los artículos pertinentes del Código Sanitario Panamericano que dieron contenido y realidad a la Oficina:

LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Sus funciones y deberes

Art. 54. — La organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana deberán incluir aquello que hasta ahora han dispuesto o determinado las varias conferencias sanitarias internacionales y otras conferencias de las Repúblicas Americanas y también las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Art. 55. — La Oficina Sanitaria Panamericana constituirá la agencia sanitaria central de coordinación de las varias Repúblicas que forman la Unión Panamericana así como el centro informes sanitarios disponibles en aquellos países que visiten procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas. Con este fin, de tiempo en tiempo designará representantes para que visiten y se entrevisten con las autoridades sanitarias de los varios gobiernos signatarios y discutan asuntos de sanidad pública. A dichos representantes se les suministrarán todos los general de recolección y distribución de informes sanitarios en el curso de sus giras y conferencias oficiales.

Art. 56. — Además la Oficina Sanitaria Panamericana desempeñará las siguientes funciones especiales:

Suministrar a las autoridades sanitarias de los gobiernos signatarios por medio de sus publicaciones o de otra manera adecuada, todos los informes disponibles relativos al verdadero estado de las enfermedades transmisibles propias del hombre; notificar las nuevas invasiones de dichas enfermedades, las medidas sanitarias que se han emprendido, y el adelanto efectuado en el dominio o exterminio completo de las mismas; los nuevos métodos empleados para combatir las enfermedades; la estadística de morbilidad y mortalidad; la organización y administración de la sanidad pública; el progreso realizado en cualquiera de las ramas de la medicina preventiva, así como otros informes relativos al saneamiento y sanidad pública en cualquier aspecto, incluyendo una bibliografía de libros y periódicos de higiene.

A fin de poder desempeñar con mayor eficacia sus funciones, dicha Oficina puede emprender estudios epidemiológicos cooperativos y otros análogos; puede emplear con este fin, en su oficina principal o en otros lugares, los peritos que estime convenientes; puede estimular y facilitar las investigaciones científicas así como la aplicación práctica de los resultados de ellas y puede aceptar dádivas, donaciones y legados que serán administrados de la manera que actualmente se prescribe para el manejo de los fondos de dicha Oficina.

Art. 57. — La Oficina Sanitaria Panamericana comunicará a las autoridades sanitarias de los varios gobiernos signatarios, y les consultará todo lo referente a los problemas de sanidad pública y en cuanto a la manera de interpretar y aplicar las prescripciones de este Código.

Art. 58. — Pueden designarse los funcionarios de los servicios de sanidad nacionales como representantes ex-officio de la Oficina Sanitaria Panamericana además de sus deberes regulares. Cuando efectivamente sean designados, dichos representantes pueden ser autorizados para actuar como representantes sanitarios de uno o más de los gobiernos signatarios,

siempre que se nombren y acrediten debidamente para prestar servicios.

Art. 59. — A solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los gobiernos signatarios, la Oficina Sanitaria Panamericana está autorizada para tomar las medidas preparatorias necesarias a fin de efectuar un canje de profesores, funcionarios de medicina y de sanidad, peritos o consejeros sobre sanidad pública o de cualquiera de las ciencias sanitarias, para los fines de ayuda y adelanto mutuos en la protección de la sanidad pública de los gobiernos signatarios.

Art. 60. — Para los fines de desempeño de las funciones y deberes que se le imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la Unión Panamericana recogerá un fondo que no será menor de 50.000 dólares y cuya suma será prorrateada entre los gobiernos signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratean los gastos de la Unión Panamericana.

El articulado precedente fué motivo de una modificación adoptada por la X Conferencia, con el objeto de mejorar el programa sanitario continental.

Instituciones privadas de sanidad internacional.

- a) Fundación Rockefeller
- b) Liga de las Sociedades de la Cruz Roja

a) Fundación Rockefeller.

La creación en 1913 por el ciudadano norteamericano John D. Rockefeller de la Fundación que lleva su nombre, se hizo con el propósito originariamente confesado, de “fomentar el bienestar de la humanidad en general” Para ello el instituto concentró sus actividades y sus obras en el adelanto de los conocimientos en ciencias médicas, naturales, sociales, sanitarias y en humanidades.

Los propósitos primigenios de esta considerable obra de filantropía de alcance mundial, se hallan condensados en las palabras de Wickliffe Rose refiriéndose a la salud mundial: “a menos que conciba la salud pública como concepto inter-

nacional, perderá sus oportunidades estratégicas nuestra generación”.

En consecuencia, guiándose por ese principio la Fundación Rockefeller ha seguido a la fiebre amarilla a Centro y Sud América, al Africa; al paludismo y a la uncinariasis a las Antillas y a la Polinesia; ha introducido en decenas de países la técnica de laboratorio para gran número de infecciosas; ha ayudado a crear o a sostener escuelas para preparar personal sanitario o para organizar y sostener departamentos de sanidad, etc.

Pero la Fundación ha insistido en que “no es un centro de investigación o de acción, sino que dedica su actividad a ayudar a instituciones o gobiernos a que las realicen, o a que lleven a cabo ciertos trabajos de orden sanitario”

Para dar una idea de sus actividades, tomamos de su informe correspondiente a 1931, las materias a que se dedicó: trabajos en fiebre amarilla, paludismo, uncinariasis, frambesia, tuberculosis, fiebre ondulante, anemias; subsidios a departamentos de sanidad y escuelas de higiene o de enfermeras, o laboratorios de higiene, etc., entre otros países, en Guatemala, Méjico, Jamaica, Puerto Rico, Colombia, Nicaragua, etc.

Su capital en ese año era de algo más de 208 millones de dólares; las erogaciones fueron 17,5 millones de los que 3,6 para sanidad pública (B.O.S.P., pág. 93, En. 1931).

Las actividades de ese año y los anteriores, son demostrativas de la *primera etapa* de la Fundación: creación y desarrollo de servicios sanitarios competentes, en naciones y localidades carentes de los mismos, e indispensables para la acción antiuncinárica y semejantes, de sus primeras campañas. Este modo de proceder, si bien hacía progresar la salud pública allí donde se aplicaba, sólo favorecía el progreso local, mostrando al mismo tiempo, la insuficiencia de los conocimientos en ese momento y lugar, pero sin contribuir al adelanto en el conocimiento general de las enfermedades.

A esto responde el cambio de las actividades iniciado hacia 1930 y aplicado de preferencia, desde 1935.

Esta *segunda etapa* de la Fundación se caracteriza por:

a) el alejamiento de aquella conducta y la adopción de una nueva, consistente en tratar de obtener datos esenciales para hacer más eficaz y económica la lucha contra las enfermedades, y b) la cooperación mediante peritos que intensifiquen los estudios fundamentales.

Pueden sintetizarse los objetivos de la segunda etapa, en la *investigación en campaña*, que trata de cohibir ciertas dolencias específicas (y no abordando a la vez todas las que tengan importancia sanitaria), combinándola con *estudios epidemiológicos y de laboratorio*. “Ya concentre su atención en los *métodos administrativos* o en el *adelanto de los conocimientos científicos*, no descuida la enseñanza de la higiene mediante concesión de becas y ofreciendo práctica en campaña” (B.O.S.P., pág. 910, Sept. 1936).

Los ingresos en 1944 son de 8,2 millones; los fondos distribuidos en ese año representan 10,3 millones divididos en cinco campos: 3,2 para sanidad pública; 1,3 para ciencias médicas; 1 millón para ciencias naturales; 2,2 para ciencias sociales y 1,5 en obras sociales. De esta suma 72 % corresponde a obras en E. Unidos y el 28 % a trabajos en el extranjero. El fondo principal al finalizar el año 1943, ascendía a 144,8 millones (B.O.S.P., pág. 858, Sept. 1945).

La Fundación Rockefeller se ha ocupado de los peores azotes de la humanidad y facilitado, además, la actividad de la Organización de Higiene de la Liga, dotándola de fondos para importantes investigaciones. En 1938 había trabajado ya en 77 países y colonias distintos y había gastado alrededor de 63 millones de dólares en obras sanitarias.

En su opinión, y sus afanes lo confirman, “la enfermedad no reconoce fronteras, ni jamás ha respetado banderas. En el terreno de la salud pública, más claramente quizás que en ningún otro esfuerzo humano, observamos cuán completamente inadecuado y sin significado es el concepto de la soberanía absoluta del Estado”.

b) **La Liga de las Sociedades de la Cruz Roja.**

Cruz Roja. — El filántropo suizo Henri Dunant es autor

del libro “Souvenirs de Solferino” publicado a mitad del siglo pasado, en el que se evocan los horrores de los campos de batalla en Italia. Como reacción al sufrimiento innecesario y para buscarle remedio, se reunió en Ginebra una Conferencia Internacional de la que participan 14 países, que firmaron la llamada Convención de Ginebra de 1863.

Por ella, “se comprometían a proteger los heridos y enfermos de guerra y al personal que los asiste, en calidad de neutrales, hasta en los campos de batalla, creando así un organismo que, olvidando o más bien ignorando nacionalidad y raza, socorre a todos por igual”.

Sucesivamente fueron fundándose sociedades de la Cruz Roja de carácter nacional, en casi todos los países y, en el Nuevo Mundo comienzan, Perú en 1879, la Argentina en 1880 y E. Unidos en 1882.

La Cruz Roja forma parte de ese grupo de asociaciones privadas que, en el terreno de la higiene entre otros, aportan su concurso a los poderes públicos, colaboración que es estimulada por éstos, con el reconocimiento de utilidad pública, subvenciones, etc., ya que combaten especialmente flagelos sociales crónicos o circunstanciales, la ignorancia en materia de higiene, etc.

Más de sesenta países cuentan hoy con asociaciones de la Cruz Roja que, a su primitiva finalidad de enjugar los daños y penurias de la guerra, han agregado los socorros a las poblaciones en tiempos de paz, interviniendo activa y eficazmente, en catástrofes o calamidades de toda índole.

Es decir que la asistencia pública prestada en el campo de batalla, ha sido extendida al campo de la lucha por la vida y, lo que es más importante aún, a la asistencia social del diario acontecer.

Jorge Bejarano sostiene que como institución de paz, la Cruz Roja abrió nuevos horizontes y puso al servicio de los pueblos el espíritu insuperable e iluminado de una institución creadora de riqueza espiritual entre los hombres, acentuando los vínculos de la solidaridad humana... Y enumera sus preciosas iniciativas, por lo menos en países americanos: la crea-

ción del servicio de enfermeras, las escuelas para formarlas, la incorporación de la mujer y el niño a la tareas que desarrollan la hermandad humana, dándoles participación en la asistencia social. “Ha formado el alma del niño dentro de las normas de la solidaridad, utilizando el inagotable tesoro de bondad que hay en el hombre en los primeros años de la vida”. Con la organización juvenil de la Cruz Roja, los ha ganado para la fraternidad en el dolor y el sufrimiento y con su aporte, va asegurándose (la Cruz Roja) el éxito de su destino futuro (B.O.S.P., pág. 2, 1943).

No sólo ha sido inspiradora, sino que dió vida a infinidad de obras que, sin su intervención, no existirían, al menos en muchos países: las de protección maternal e infantil tales como refugios, consultorios, salas de maternidad; restaurantes, comedores, salas-cunas, colonias y amparo para niños abandonados; lucha contra la tuberculosis, medicina de urgencia, puestos de socorro; propaganda y educación sanitaria por todos los medios conocidos (ibid.).

Sin esfuerzo es posible encontrar en las revistas y publicaciones de la Cruz Roja de todos los países, datos referentes al sinnúmero de obras llevadas a cabo en el campo de la medicina de urgencia, enseñanza y práctica de la profesión enfermera, o bien en la prestación de socorro médico especializado en tuberculosis, maternidad e infancia, lucha contra el cáncer, etc., completando así la acción de organismos estatales en los que, hombres mujeres y niños, ejercitan su altruísmo y espíritu caritativo.

Es de desear, sin embargo, que no traspasen los límites de las asociaciones coadyuvantes, que pongan su celo en tareas útiles y actuales en el medio en que se desenvuelven, sin repetir, por ejemplo, socorros elementales que ya se prestan, o querer crear en pequeños medios centros muy especializados, que por fuerza resultan artificiosamente mantenidos, como ocurre a veces en nuestro país.

He aquí algunos datos de la Cruz Roja en E. Unidos (B.O.S.P., 1944) que ejemplifican la magnitud de la tarea y de quienes la realizan:

Fundada en 1882, toma incremento en 1905 y en especial después de la guerra de 1914-18; cuenta hoy con 30 millones de miembros en 7.000 filiales; tiene representantes en todos los campamentos militares de importancia, crea centros de descanso o clubes para soldados enfermos y sanos; ha procurado, envasado y remitido 5,6 millones de unidades de plasma sanguíneo donados por el público; recluta el personal de enfermería; ha dado centenares de millones de apósitos, ropas de hospital, etc. y finalmente ha remitido en fondos y objetos, por valor de 88 millones de dólares a las víctimas de guerra y refugiados de países neutrales.

Cuentan como actividades de la Cruz Roja en la Argentina: la vacunación antidiftérica, la distribución a las madres pobres de cunas y ajuares; ropa y calzado a los escolares, etc., así como el haber establecido numerosos puestos de socorro inmediato en playas y balnearios; ha creado, además, buen número de escuelas para enfermeras y samaritanas, que diploman muchas alumnas, año tras año.

En oportunidades recientes que todos recordamos, la Cruz Roja argentina ha prestado su concurso generoso (terremoto en Chile, en San Juan, etc.). En una acción civil para mejorar la vida en nuestras campañas y poblaciones rurales, encontraría, a nuestro juicio, la Cruz Roja argentina, importante tarea a realizar.

El *Comité* de la Cruz Roja Internacional, es una institución independiente con su estatuto propio, con asiento en Ginebra y cuyos miembros son ciudadanos suizos. Sus actividades y discusiones giran alrededor de los problemas de la guerra. Al igual que la conducta internacional del país de origen de sus miembros, el Comité es neutral; atempera los rigores innecesarios de tiempos bélicos, sirviendo ideales de fraternidad.

Su acción es reconocida y respetada por todos, cuando se altera la paz por guerras civiles, revoluciones, etc. y disturbios internacionales.

Convoca a Conferencias internacionales de la Cruz Roja.

Sólo después de puntualizados el origen y la actuación de los organismos anteriores, puede comprenderse bien la impor-

tancia de la **Liga de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja**. Es ésta, una organización internacional típica, fundada con el propósito de aumentar la acción de la Cruz Roja de cada país, utilizando sus recursos en personas y cosas, no sólo durante la contienda, sino también en épocas de paz.

En una conferencia en Cannes en 1919, que congregó a un grupo selecto de sanitarios, Davison, de la Cruz Roja Americana, lanzó la iniciativa de extender las actividades de la misma en la forma ya consignada. La idea, excelente muestra del ingenio práctico de los americanos, fué acogida con entusiasmo y, con el apoyo de las Sociedades de la Cruz Roja de Francia, Gran Bretaña, Italia, Japón y Estados Unidos, quedó fundada la Liga en ese año.

El Tratado de Versalles, en su artículo 25, contiene una disposición por la que la Sociedad de las Naciones debía prestar su apoyo a una federación mundial de Sociedades de la Cruz Roja.

La Liga adoptó como cometido:

- 1) "Alentar y promover en todos los países el establecimiento y desarrollo de una organización voluntaria de la Cruz Roja, debidamente autorizada, que trabaje de acuerdo con los principios del Convenio de Ginebra.
- 2) "Colaborar con esas organizaciones para mejorar la salud, prevenir las enfermedades y aliviar los sufrimientos.
- 3) "Poner al alcance de todo el mundo los beneficios derivados de los hechos conocidos actuales y de las nuevas contribuciones a la ciencia y conocimientos médicos, y su aplicación.
- 4) "Suministrar un intermediario para cooperar con las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, promoviendo, estimulando y coordinando el trabajo de ayuda en el caso de calamidades nacionales o internacionales" (The Red Cross, etc.; *in* Barkhuus, loc. cit.).

Tales objetivos de coordinación de los trabajos de sani-

dad y bienestar colectivo, son desarrollados con la ayuda de otros organismos internacionales con tareas semejantes como L'Office International d'Higiene Publique de París, Organización de Higiene de la Liga, la Sección Higiene de la Oficina Internacional del Trabajo de Ginebra y la Oficina Sanitaria Panamericana, entre otras.

Bajo el auspicio de las Sociedades Nacionales y de la Liga, se han reunido ya cinco Conferencias Panamericanas de la Cruz Roja, diferentes de las citadas por el Comité Internacional de Ginebra.

En el Nuevo Mundo la III tuvo lugar en Río de Janeiro en 1935, la IV en Santiago de Chile en 1940, y la V en Bogotá en 1945, desarrollándose en ellas temas del mayor interés, tales como: adaptación del programa de la Cruz Roja en tiempos de paz a la condición especial de los pueblos americanos, la organización de la Cruz Roja juvenil, la cooperación con organismos de idénticos fines, etc.

Resumen.

Son estudiados en forma resumida los orígenes y los esfuerzos de los países, tendientes a crear una profilaxis internacional.

En la primera parte se tratan las conferencias europeas, las que, estudiando la defensa de su continente la dejan establecida, en convenios, reglas generales, etc., sucesivamente perfeccionadas.

En la segunda parte, se estudian las reuniones americanas, cuyo sólido aporte a dicha profilaxis es unánimemente reconocido.

Se pasa revista crítica a los organismos oficiales (internacionales) y luego a los organismos privados que trabajan en el mismo asunto, transcribiéndose parcialmente, en lo sustancial, las disposiciones legales que les marcan su tarea.

R E S U M E

PROPHYLAXIE INTERNATIONNALE. — Par Mr. le Professeur
Dr. Carlos Carreño.

On étudie, en forme rèsumée, les origines et les efforts des pays pour créer une prophylaxie internationale.

On traite, d'abord, les conférences européennes, celles qu'en train d'étudier la défense de leur continent, établissent des règles générales qu'on perfectionne après; dans la seconde partie, on traite les réunions américaines.

On juge les organismes officiels (internationaux) et privés qui travaillent sur le même sujet et on transcrit, en partie, les dispositions légales que leur tâche leur marque.

A B S T R A C T

INTERNATIONAL PROPHYLAXIS. — By Carlos Carreño, M.D.

They study concisely, in the different countries, the origine and efforts to create an international prophylaxis.

In the first part, they discuss european conferences, those which studying their continent defense establish, by contracts, general rules which are completed afterwards; in the second part they discuss american meetings whose opinions on international prophylaxis is unanimously acknowledged.

They judge official (international) and private organisms which treat the same subject and transcribe, in part, legal dispositions that their task mark them.