

# Historia del Código Sanitario Panamericano

(Sanitary law history)

Edit Rodríguez Romero\*

**Palabras clave: código sanitario, vigilancia sanitaria, morbilidad, mortalidad.**

**Key words: sanitary law, sanitary vigilance, morbidity, and mortality.**

Conocer la historia del Código Sanitario Panamericano permite adentrarse a través de su contenido en el conocimiento y los esfuerzos de los que tenían en sus manos el trabajo sanitarista, muchos de ellos sin la formación específica, pero con una gran visión y compromiso.

Nuestro país es buen ejemplo de lo anterior, puesto que la preocupación por evitar la transmisión de enfermedades y las epidemias estuvo presente tanto en los médicos, como en los legisladores de las diferentes épocas.

En 1846 se creó el Consejo Superior de Salubridad, y el primer Código Sanitario se expidió en 1894, en éste, se le concedieron al Ejecutivo Federal, facultades sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios, lo que nos lleva suponer que se tenía claro que las enfermedades podían transmitirse a través de los procesos comerciales y con los movimientos migratorios de las personas.

Si bien las vías de comunicación no estaban desarrolladas, ya existían lazos comerciales con los Estados Americanos y Europeos y se vieron en la necesidad de reglamentar estos procesos.

Entre los años 1889 y 1890, se celebró en Washington, D. C., la Primera Conferencia Internacional Americana, en ella se aprobó crear una Comisión compuesta por siete miembros de cinco países: Brasil, Estados Unidos, Nicaragua, Perú y Venezuela, para in-

formar sobre los nuevos métodos de prevención de enfermedades y establecer reglamentos sanitarios, para el comercio entre los países.

La Segunda Conferencia se celebró en la ciudad de México, del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902, en ella se acordó recomendar a la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos), convocar a los representantes o encargados de las oficinas de salubridad de estos países, con el objeto de constituir una Oficina Internacional Sanitaria, que tendría como sede permanente la ciudad de Washington, D. C., con el fin de formular acuerdos y disposiciones sanitarias y reunirse periódicamente para su revisión y actualización.

Uno de los cuatro miembros del comité organizador fue el Dr. Carlos Finlay (1833 - 1915), distinguido médico cubano que dedicó su vida a estudiar la fiebre amarilla; fue uno de los cuatro miembros del comité organizador que en 1902 tuvo a su cargo la creación de la nueva Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la actual Organización Panamericana de la Salud.

Los miembros del Primer Consejo Ejecutivo fueron: Dr. Juan J. Ulloa, de Costa Rica; Dr. Juan Guiteras, de Cuba; Dr. Eduardo Moore, de Chile; Dr. Rhett Goode, de Estados Unidos; Dr. Eduardo Liceaga, de México. El Dr. Walter Wyman director de los Servicios de Salud de los Estados Unidos fue el primer presidente de la Oficina.

En 1903 se inauguró en París la XI Conferencia Sanitaria Internacional, que tuvo como su principal tarea unificar los cuatro convenios sanitarios aprobados en conferencias anteriores, para constituir un instrumento único, el "Convenio Sanitario Internacional de 1903", que contenía disposiciones aplicables al cólera, la peste y la fiebre amarilla. Las tres enfermedades con modos de transmisión totalmente distintos; y para las

\*Coordinadora General de Docencia. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. edrodriguez@uv.mx

cuales por primera vez se disponía, de datos científicos aceptados universalmente.

El Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, William C. Gorgas, informó sobre los trabajos realizados por la Cuarta Comisión para el Estudio de la Fiebre Amarilla, aplicados por el Ejército de los Estados Unidos, que pudo confirmar el supuesto de Finlay, de que la enfermedad se transmite por el *Aedes aegypti*; lo que apoyó la campaña encaminada a erradicar el vector de La Habana.

El Convenio Sanitario Internacional de París de 1903 no tenía vigencia para las Américas. Por lo tanto, en 1904 las repúblicas de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay firmaron, en Río de Janeiro, una nueva Convención Sanitaria Internacional, del todo ajena a las actividades de la Oficina Sanitaria Internacional de Washington.

En el año de 1905 se celebró en Washington, D.C. la Segunda Convención Sanitaria Internacional, la cual fue muy importante, pues en ella se definió que la acción principal de la Oficina debía ser recopilar y estandarizar las medidas aplicadas en Cuba, la Zona del Canal de Panamá y México, particularmente en el control de la fiebre amarilla. Estas medidas fueron tomadas en forma recíproca en dicha Convención y firmadas el 14 de octubre de 1905, como Primer Código Sanitario Panamericano.

Para las Américas este primer Código, revistió suma importancia, y en diciembre de 1907 la Oficina recibió en México la autorización por parte de la Tercera Convención Sanitaria Internacional para establecer relaciones con la recién creada Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París y para recomendar a los países europeos que adoptaran el Código Sani-

tario de Washington de 1905, por tomar en cuenta la necesidad de que las colonias de Francia, Gran Bretaña y los Países Bajos, asentadas en el hemisferio occidental, observaran las resoluciones de las Repúblicas Americanas sobre la fiebre amarilla.

Tal vez por lo precario de las vías de comunicación, casi simultáneamente, en Río de Janeiro, también se celebró una Tercera Conferencia Internacional Americana, del 21 de junio al 26 de agosto de 1906; ante esta situación que prevalecía en el continente de realizarse dos convenciones sanitarias, se estudió y analizó el primer Código Sanitario Panamericano firmado en Washington, D. C. en 1905, decidiéndose su adhesión. Años más tarde, la Cuarta Conferencia Internacional Americana, realizada en Buenos Aires, del 12 de julio al 30 de agosto de 1910, también recomendó la adopción de dicho Código a aquellos gobiernos de América que no lo habían adoptado todavía.

En el seno de la celebración de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, en San José, Costa Rica en 1910, se plantea la necesidad de la cooperación interamericana para la vacunación contra la viruela, reforzar la lucha contra tuberculosis y el paludismo e instalar laboratorios en puertos y ciudades importantes, para realizar diagnóstico de enfermedades tropicales y otras que se juzguen necesarias en cada uno de los países.

Si bien la Oficina tenía pleno desarrollo en su proceso de institucionalización e internacionalización de la salud pública y se habían establecido normas de operación, éste era incompleto, pues carecía de un instrumento político-científico que obligara a los países miembros al cumplimiento de esas normas y disposiciones, a fin de responder a las necesidades de las poblaciones, que cada día se veían mejor comunicadas y con mayor contacto comercial.

Por estas fechas ya se imponía la influencia del capital norteamericano, que exigía eliminar todos los obstáculos que impidieran su expansión, por lo que se hacía impostergable la emisión de un código que reglamentara las formas de "profilaxis" de las enfermedades y prevenir la propagación internacional de enfermedades susceptibles de transmisión directa o por vector.

Los otros países del continente se constituyen en colonias de los Estados Unidos, con economías productoras de materias primas y exportadoras de productos agrícolas, por lo que los puertos de estos países fueron los puntos

clave para las relaciones comerciales requiriéndose de su buen funcionamiento; por lo que representaron el objetivo fundamental de las acciones sanitarias.

El saneamiento de los puertos y de los sitios de producción se constituyó, en una necesidad fundamental para el desarrollo económico de los países de América, que debían atender constantemente epidemias de fiebre amarilla, peste bubónica, cólera y paludismo.

En Santiago de Chile en 1911, se celebró la Quinta Conferencia Sanitaria, en ella se recomendó a los gobiernos la formación de especialistas calificados en salud pública "mediante cursos formales y prácticas de higiene y saneamiento". También se expresó, por primera vez, la conveniencia de conformar comisiones de información sanitaria para comunicar a los gobiernos las obligaciones impuestas por las conferencias.

Un acuerdo fundamental fue que la Séptima Conferencia Sanitaria debía estudiar detenidamente las siguientes proposiciones:

1. Debe considerarse infectada una embarcación en la cual se constate la presencia de ratas pestosas, aunque durante el viaje no se produzca ningún caso humano de peste;
2. La rehabilitación de una localidad infectada por la peste, sólo debe hacerse efectiva treinta días después de constatada la existencia de ratas pestosas y de puestas en práctica todas las medidas más rigurosas de desinfección;
3. Los navíos portadores de enfermos de fiebre amarilla no deben ser considerados como infectados;
4. El plazo para aplicar las medidas sanitarias en los casos de fiebre amarilla debe ser de trece días;
5. En las embarcaciones procedentes de puertos contaminados por el cólera debe hacerse sistemáticamente un examen bacteriológico de los pasajeros y los tripulantes;

6. Debe ser obligatoria la permanencia de los inspectores sanitarios a bordo de las embarcaciones que se dirijan a los puertos americanos;

7. Debe incluirse el tifus exantemático entre las enfermedades de notificación obligatoria;

8. Debe crearse una Sub-Comisión de Higiene en cualquiera capital suramericana, para el estudio de las cuestiones sanitarias de interés común a los diferentes países. Dicha Sub-Comisión estará constituida por higienistas de cada país y sus decisiones serán sometidas, antes de ser aprobadas, a la consideración de la Comisión Central de Higiene de Washington.

Además en esta Quinta Conferencia Internacional se resolvió que "La Oficina Sanitaria Internacional" fuera conocida y designada como Oficina Sanitaria Panamericana y que las Conferencias Sanitarias Internacionales, que desde 1901 habían adoptado este nombre, en lo sucesivo, fueran designadas como "Conferencias Sanitarias Panamericanas".

A pesar de los escasos diez años de vida institucional, la labor desarrollada, se había convertido en un combate de todos los países de América, contra las enfermedades y las pérdidas humanas y económicas consiguientes<sup>1</sup>.

La Sexta Conferencia Sanitaria, programada para 1915, como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, se postergó hasta 1920, celebrándose en Montevideo; dos fueron sus principales resoluciones, una editar un boletín que se llamaría "Boletín Internacional de las Repúblicas Americanas", que posteriormente se llamó "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana" y actualmente corresponde a la "Revista Panamericana de Salud Pública", la otra resolución fue reorganizar la Oficina, dándole mayores posibilidades para llevar a cabo sus actividades.

Finalmente durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana<sup>2</sup>, celebrada en La Habana, Cuba, fue firmado El Código Sanitario Panamericano por 18 países de las Américas en el Salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales (actual Museo de Historia de las Ciencias Dr. Carlos J. Finlay), el 14 de noviembre de 1924. Posteriormente ratificado por todas las Repúblicas Americanas, y aún vigente hoy en día, el Código representa el mayor logro de la normalización de la salubridad en el continente americano y la culminación de décadas de iniciativas internacionales dirigidas a prolongar la vida y a lograr la felicidad humana.

En ese acto estuvieron presentes los Presidentes de las siguientes Repúblicas: Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, Estados Unidos Mexicanos, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y los Estados Unidos de Venezuela, nombraron como sus representantes a los siguientes participantes: Argentina, Dr. Gregorio Araos Alfaro (pediatra) y Dr. Joaquín Llambías; Estados Unidos de Brasil, Dr. Nascimento Gurgel y Dr. Raúl Almeida Magalhaes, (Secretario General del Departamento de Salud Pública de Brasil); Chile, Dr. Carlos Graf; Colombia, Dr. R. Gutiérrez Lee; Costa Rica, Dr. José Varela Zequeira; Cuba, Dr. Mario G. Lebrede, Dr. José A. López del Valle, Dr. Hugo Roberts, (fundador de la organización de la sanidad cubana, creador del Servicio de Cuarentena en 1902), Dr. Diego Tamayo, Dr. Francisco M. Fernández y Dr. Domingo F. Ramos; El Salvador, Dr. Leopoldo Paz, (Director General de Sanidad y Presidente de la Asamblea Nacional Legislativa de El Salvador); Estados Unidos de América, Dr. Hugh S. Cumming, Dr. Richard Creel, (Jefe de Cuarentenas del Puerto de San Francisco, California), Dr. P. D. Cronin y Dr. Francis D. Patterson; Guatemala, Dr. José de Cubas y Serrate; Haití, Dr. Charles Mathon; Honduras, Dr. Arístides Agramonte Simoni (bacteriólogo y sanitarista cubano de prestigio internacional); Estados Unidos Mexicanos, Dr. Alfonso Pruneda, (prestigioso profesor de Patología General de la Escuela Nacional de Medicina); Panamá, Dr. Jaime de la Guardia; Paraguay, Dr. Andrés Gubetich; Perú, Dr. Carlos E. Paz Soldán, (sanitarista de prestigio internacional, profesor de Higiene de la Universidad de San Marcos de Lima y autor de más de 600 trabajos científicos); República Dominicana, Dr. R. Pérez Cabral, (profesor de la Universidad de Santo Domingo); Uruguay, Dr. Justo F. González, (profesor de Higiene de la Universidad de Montevideo); Estados Unidos de Venezuela, Dr. Enrique Tejera, Jefe del Laboratorio de Microbiología de la Dirección de Sanidad de Venezuela y Dr. Antonio Smith John D. Long (Oficina Sanitaria Panamericana, higienista eminente, Cirujano General Auxiliar del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y Auxiliar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana).

El Código se estructuró en XIII capítulos, destinando el primero a sus fines y definición de términos<sup>3</sup>

-Entre sus fines podemos resaltar que se proponía prevenir la propagación internacional de infecciones o enfer-

medades susceptibles de transmitirse a seres humanos.

-Estimular la adopción de medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos.

Las definiciones que se expresan en dicho código, debemos conocerlas, no únicamente como cultura general, sino que a 80 años de haberse suscrita, muchos de los países del Continente, -entre ellos México- aún hoy enfrentan problemas con el *Aedes aegypti*, ahora no como vector de la fiebre amarilla, sino del dengue y la virola ha sido erradicada del mundo.

*BUQUE AÉREO.* Así se denominará cualquier vehículo que puede transportar personas o cosas por el aire, incluso aeroplanos, aviones marítimos, helicópteros, buques aéreos, globos y globos cautivos.

*ÁREA.* Una porción de territorio bien limitada.

*DESINFECCIÓN.* La acción y efecto de destruir los agentes causantes de las enfermedades.

*FUMIGACIÓN.* Un procedimiento modelo merced al cual los organismos de la enfermedad o sus transmisores potenciales se someten a la acción de un gas en concentraciones letales.

*ÍNDICE DE LOS AEDES AEGYPTI.* La proporción por ciento que se determina después de un examen entre el número de casas en un área determinada y el número de ellas en el cual se encuentran las larvas o mosquitos de *Aedes aegypti* en un período de tiempo fijo.

*INSPECCIÓN.* Examen de las personas, edificios, terrenos o cosas que puedan ser capaces de alojar, transmitir, transportar, o de propagar o estimular la propagación de dichos agentes. Además, significa el acto de estudiar y observar las medidas declaradas

vigentes para el exterminio o prevención de las enfermedades.

*INCUBACIÓN, PERIODO DE.* Este período es de seis días cuando se trata de la peste bubónica, el cólera y la fiebre amarilla; de catorce días cuando se trata de la viruela, y de doce días cuando se trata del tifus exantemático.

*AISLAMIENTO.* Separación de seres humanos o de animales respecto de otros seres humanos o animales de tal manera que se impida el intercambio de enfermedades

*LA PESTE BUBÓNICA.* Peste bubónica, peste septicémica, peste pneumónica y peste de las ratas o roedores.

*PUERTO.* Cualquier sitio o área en el cual un buque o aeroplano pueda albergarse, descargar, recibir pasajeros, tripulación, cargamento o víveres.

*ROEDORES.* Ratas domésticas y silvestres y otros roedores.

El capítulo II, está dedicado a la notificación de enfermedades.

Algo de suma importancia fue uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad; así como estimular el intercambio de informes que pudieran ser valiosos para mejorar la salud pública y combatir las enfermedades propias del hombre.

Las enfermedades sujetas a notificación fueron: la peste bubónica, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tifus exantemático, la meningitis cerebroespinal epidémica, la encefalitis letárgica epidémica, la poliomielitis aguda epidémica, la influenza o gripe epidémica, fiebres tifoideas y paratíficas y preveía que la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante resolución estaba facultada para agregar enfermedades que considerara importantes.

En el capítulo III, se establecen los documentos sanitarios y las Patentes de Sanidad, es decir un documento que

se exigía al capitán de la nave, donde se enlistaban todos los pasajeros, señalando el puerto donde se embarcaron y el de destino, así como a toda la tripulación. Además debían cubrirse ciertos requisitos de tiempo de expedición y se señala claramente a los responsables de su expedición.

Los capítulos IV y V contienen la clasificación de los puertos y buques respectivamente como: limpio, sospechoso o infectado, dependiendo de que hayan aparecido enfermedades sujetas a vigilancia; el VI está destinado al tratamiento de los buques; el capítulo VII a los modelos de fumigación y el VIII a los médicos de los buques.

Es muy importante el capítulo IX, se refiere a la Oficina Sanitaria Panamericana: se definen sus funciones y deberes, señalando que se deberá constituir en la agencia sanitaria central de coordinación de las Repúblicas que forman la Unión Panamericana, así como el centro general de recolección de informes sanitarios procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas, además deberá suministrar a los países miembros los informes sobre el estado de las enfermedades, la estadística de la morbilidad y la mortalidad, así como los nuevos métodos disponibles para combatirlas. Además establece el mecanismo de su financiamiento.

El saneamiento de los buques aéreos, se describe en el capítulo X. El capítulo XI está destinado a la Convención Sanitaria de Washington; en el XII, se establece que el Código no anula ni altera la validez de los tratados anteriores entre los países signatarios y el XIII incluye las Disposiciones transitorias.

Ratificaciones y enmiendas al Código Sanitario Panamericano:

-El 13 de abril de 1925 fue ratificado por Chile, Costa Rica, Honduras y Perú y Nicaragua declaró su adhesión.

-En la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Lima del 12 al 20 de octubre de 1927, se aprobó ad referendum un Protocolo Adicional que expresa que las ratificaciones se depositarán en la Secretaría de Estado de Cuba y éste las comunicará a los demás Estados Signatarios o Adheridos.

Cabe destacar que desde un inicio se pensó que el Código debía sufrir modificaciones, previstas confor-

me avanzaran los conocimientos sobre las enfermedades y los mecanismos de prevención.

En 1923 la Oficina Sanitaria Internacional, cambia su nombre por el de Oficina Sanitaria Panamericana y se alberga en el edificio de la sede de la Unión Panamericana, predecesora de la Organización de los Estados Americanos y finalmente a partir de 1958 toma el nombre de Organización Panamericana de la Salud, que conserva hasta la fecha.<sup>4</sup>

## Conclusión

En la actualidad, la importancia de los procesos regulatorios en los ámbitos internacionales, que inician en aquella época en la que se suscribió el Primer Código Sanitario Panamericano es un buen ejemplo de la oportuna intervención de los gobiernos en el control y prevención, tal y como lo constituyó el Cólera y más recientemente el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). Ambos padecimientos se pudieron controlar por la notificación inmediata y la aplicación de las medidas establecidas en los convenios internacionales.

Hoy que las vías de comunicación han acortado las distancias entre los países del Continente y los de todo el mundo, se hace indispensable tener un acercamiento a las disposiciones sanitarias que rigen las relaciones internacionales, políticas, comerciales, culturales y de cualquier otra índole.

## Referencias bibliográficas

1. BUSTAMANTE, Miguel E. 1952, Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 33., 6: 471-531.
2. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1925, Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas. En: *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas de América*. Autor, Washington D. C. Estados Unidos de América, 25-121.
3. *Código Sanitario Panamericano, Habana, Cuba, 14 de noviembre 1924. En la VII Conferencia Sanitaria Panamericana*. [en línea] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/sanitarycode.htm> [2005, 20 de julio].
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1983, *Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud*. Autor, Washington D. C. Estados Unidos de América.