

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XX Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXIII Reunión

Washington, D. C.
Septiembre-October 1971

Tema 28 del proyecto de programa

CD20/6 (Esp.)

CORRIGENDUM

24 agosto 1971

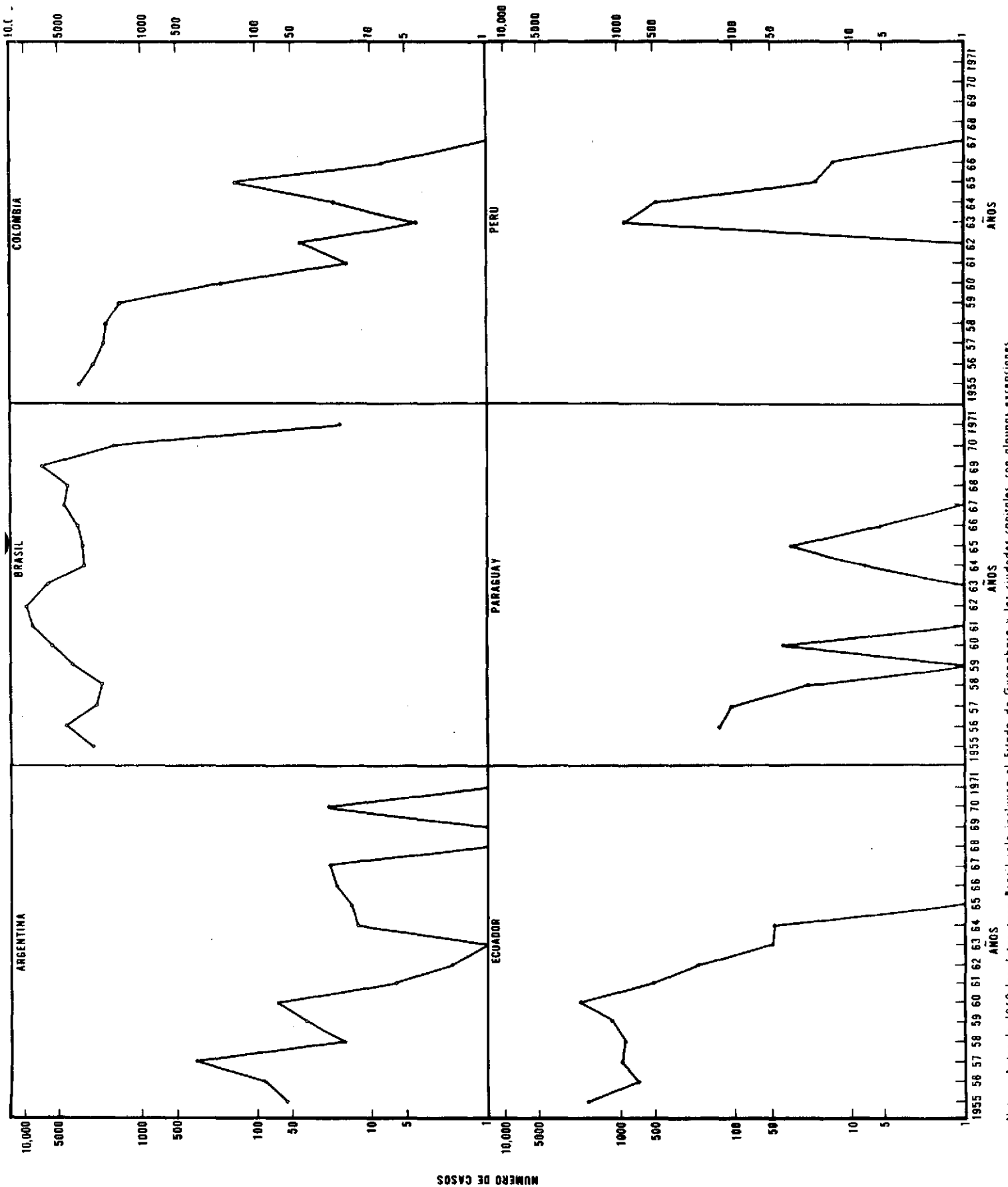
ORIGINAL: ESPAÑOL

ERRADICACION DE LA VIRUELA

CORRIGENDUM AL TEXTO ESPAÑOL UNICAMENTE

La página 3 (Figura 1) adjunta substituye la página del mismo número (Documento CD20/6).

Figura 1



Nota: Antes de 1960 los datos para Brasil solo incluyen el Estado de Guanabara y las ciudades capitales, con algunas excepciones.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XX Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1971

Tema 28 del proyecto de programa

CD20/6 (Esp.)
20 agosto 1971

ORIGINAL: ESPAÑOL

ERRADICACION DE LA VIRUELA

La viruela, epidemiológicamente característica de las áreas urbanas o de grandes concentraciones de personas donde se mantiene endémica produciendo brotes o epidemias según el nivel inmunitario de la población, es una de las enfermedades sujetas al Reglamento Internacional de Salud.

Pese a que el hombre es el único depositario del virus de la enfermedad, ya que se dispone de un arma profiláctica eficiente y comprobada desde hace casi 200 años cuando Jenner inoculó al niño James Phipps el 14 de marzo de 1796, la viruela continúa existiendo en forma endémico-epidémica en casi todos los continentes, haciendo víctimas principalmente a los menores de 15 años de edad entre quienes ocurre el 60% de los casos conocidos.

Para ilustrar la situación existente en un período más reciente, basta referir que entre 1963 y 1970 se conocieron 410,775 casos de viruela en todo el mundo, 36,512 de los cuales ocurrieron en las Américas. Si se considera que la relación de casos notificados contra casos efectivamente existentes en áreas en donde no hay programas de vigilancia epidemiológica bien organizados puede elevarse hasta 1:40, es posible formarse una idea de la magnitud del problema en el mundo.

En la Región de las Américas, entre 1948 y 1970, se conoció un total de 191,127 casos de viruela ocurridos en países en donde la enfermedad ha sido endémica. El Cuadro 1 y la Figura 1 presentan los casos notificados de viruela en el período 1955-1971.

Situación del problema en las Américas

Los tres países de Norteamérica han estado libres de viruela desde hace varios años. En Canadá se notificó un caso importado del Brasil en 1962, y en los Estados Unidos de América se notificaron dos casos importados en 1955 y otro en 1957. México está libre de viruela desde 1952.

CUADRO 1
Casos de viruela notificados en las Américas 1955-1971^{a)}

País	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971(f)
Argentina	55	86	335	27	36	65	6	b)2	-	b)13	b)15	21	b)23	-	-	b)24	-
Bolivia	372	499	1310	183	7	1	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	c)2580	c)2385	c)1411	c)1544	c)2958	6018	8546	9583	6433	3076	3269	3518	4514	4372	7377	1771	19
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	d)1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	3404	2572	2145	2009	950	209	16	41	4	21	149	8	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	1831	669	913	863	1140	2185	496	204	45	h)42	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	e)2	-	e)1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Francesa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	d)1	-	-	-
Panamá	-	-	-	b)8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	57	132	103	21	-	35	-	-	-	7	32	5	-	-	-	-	-
Perú	-	-	-	-	-	-	-	-	865	454	18	13	-	-	-	-	-
Uruguay	45	42	2	-	-	b)19	d)1	b)10	d)1	d)3	d)1	-	-	b)2	b)3	-	-
Venezuela	2	g)4	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	8348	6389	6220	4655	5092	8532	9065	9852	7348	3621	3484	3565	4537	4375	7380	1795	19

- Ninguno

^{a)} Basado en informes oficiales recibidos en la OSP hasta el 30 de junio de 1971

^{b)} Incluye casos importados

^{c)} Estado de Guanabara y ciudades capitales de otros estados, con algunas excepciones

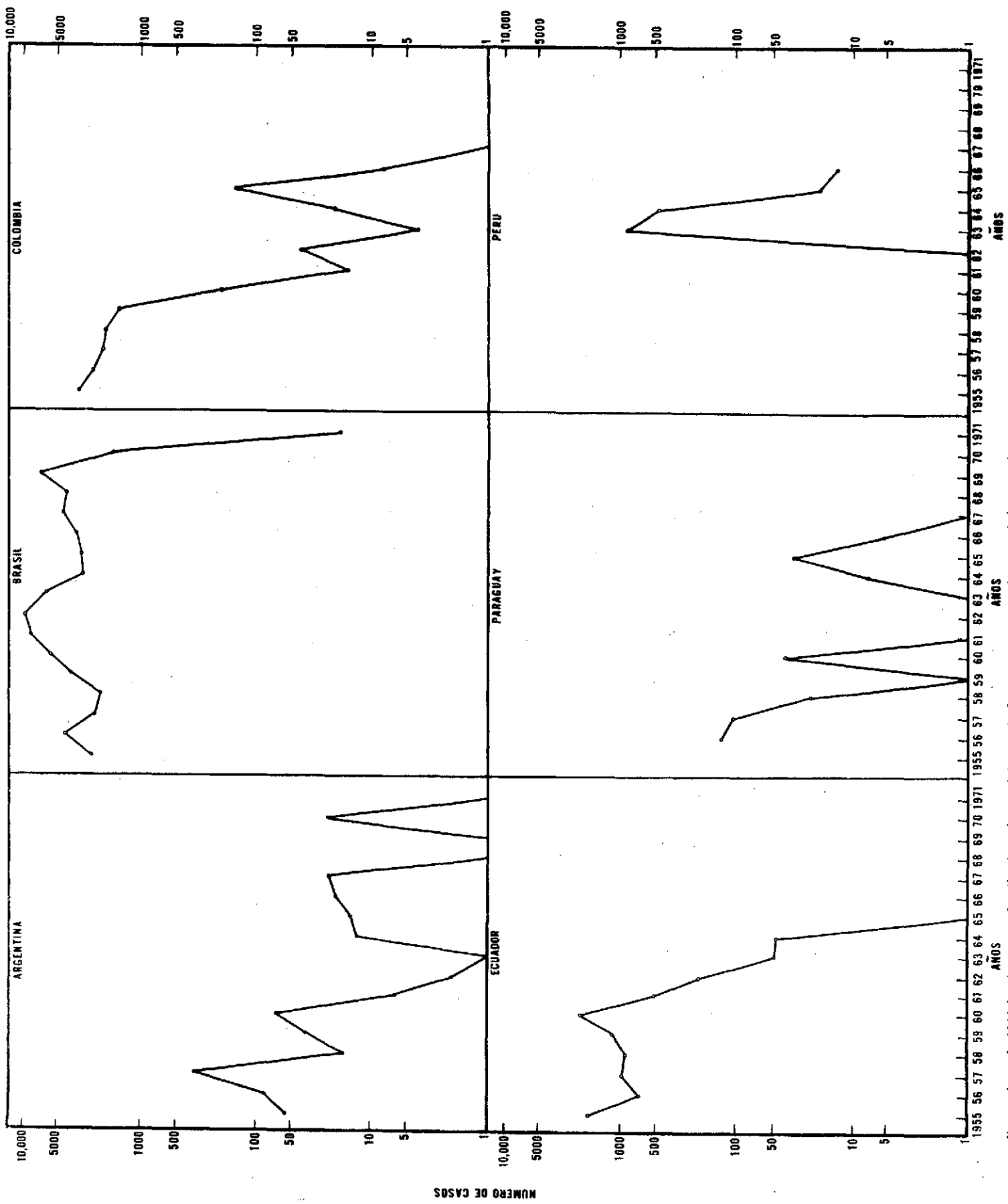
^{d)} Casos importados

^{e)} Estos casos no se conforman a las reglas generalmente aceptadas para el diagnóstico de la viruela

^{f)} Primer semestre

^{g)} Casos dudosos, epidemiológicamente correspondían a varicela

Figura 1



Nota: Antes de 1960 los datos para Brasil solo incluyen el Estado de Guanabara y las ciudades capitales, con algunas excepciones.

Con excepción de un caso ocurrido en Guatemala en 1953, y casos esporádicos notificados en Panamá en 1947 y 1958, Belice en 1948, Trinidad y Tabago en 1948, Martinique y Antillas Holandesas en 1951, los demás países de América Central y el Caribe han estado libres de viruela.

En Sudamérica, Bolivia había erradicado la enfermedad en 1961 pero fue introducida nuevamente en 1964. Paraguay y Perú, después de exitosas campañas de erradicación, fueron igualmente reinvasados por la viruela. Chile, que desde 1954 no notificaba casos, reportó un caso autóctono resultante de un caso importado en 1959. Desde entonces no se ha presentado nuevos casos. Ecuador no presenta casos desde 1964. Venezuela, después de haber alcanzado la erradicación en 1957, sufrió en 1962 un brote en la frontera con Brasil como resultado de casos importados, brote que fue prontamente contenido. Uruguay, libre de viruela desde 1965, ha notificado desde entonces sólo casos esporádicos resultantes de importaciones. En 1965 continuaban con viruela endémica Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú.

La campaña de erradicación

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica de la enfermedad en las Américas y la disponibilidad de un recurso profiláctico altamente eficiente, el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, reunido en Washington, D.C., en 1949, aprobó la propuesta del Director de iniciar la erradicación de la viruela en el Continente, y la misma fue luego ratificada por la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Santo Domingo en el año 1950.

Desde entonces, mediante una serie de resoluciones, los Cuerpos Directivos tanto de la Organización Mundial de la Salud como de la OPS han respaldado reiteradamente esa decisión. En el Anexo se presentan las principales resoluciones de interés para este problema.

En 1958 Rusia propone que la erradicación de la viruela en el mundo se inicie bajo la orientación de la OMS. En 1965 los Estados Unidos de América complementan la sugerencia proponiendo que la OMS haga un esfuerzo especial para erradicar la enfermedad durante el próximo decenio. Fue este un desafío semejante al que hiciera en 1961 el Presidente Kennedy al establecer como meta la conquista de la luna dentro de diez años, y esperamos llevarlo igualmente a feliz término.

La Carta de Punta del Este en 1961 recomendó a los Gobiernos que tomaran medidas de efectos inmediatos a fin de alcanzar la meta propuesta según lo expresado en los siguientes términos: "Erradicar el paludismo y la viruela del Continente e intensificar el control de las enfermedades infecciosas frecuentes, tales como las entéricas y la tuberculosis".

Los Presidentes de las Américas, en reunión celebrada igualmente en Punta del Este en 1967, específicamente recomendaron que "se ponga en ejecución medidas destinadas a erradicar aquellas enfermedades para las cuales

existen ya procedimientos que permitan su total eliminación". Esta recomendación vino a reforzar la de los Ministros de Salud del Continente quienes en 1963 habían manifestado que:

Los Gobiernos de los países en donde todavía existen focos de viruela deben intensificar y acelerar los programas nacionales de erradicación, dándoles la mayor prioridad dentro de los planes nacionales de salud y para tal efecto, buscar a nivel nacional e internacional los fondos y recursos adicionales que se necesiten;

Los Gobiernos que ya han erradicado la viruela, deben establecer procedimientos dentro de sus servicios de salud, que les garantice el mantenimiento de un adecuado nivel de inmunidad y una vigilancia continua para evitar la reintroducción de la enfermedad. Esto puede ser realizado mediante la vacunación anual de una quinta parte de la población;

Los Gobiernos deben coordinar sus esfuerzos y ayudarse mutuamente en el desarrollo de programas de inmunización contra la viruela, destinados a erradicar la enfermedad de las Américas en el más corto lapso posible. Colaboración entre los países es de especial importancia en las zonas limítrofes.

Conocida así la decisión tomada por los Gobiernos y los Cuerpos Directivos de la OMS/OPS, se concentraron todos los esfuerzos con miras a lograr la erradicación de la viruela y esta actividad pasó a considerarse como una de las más importantes de la Organización. Recursos financieros fueron asignados y con autorización del Consejo Ejecutivo de la OMS, en su Resolución 12 de la 22a Reunión, se creó el Fondo Especial para Viruela. La 19a Asamblea Mundial de la Salud, que en mayo de 1966 aprobó el programa y presupuesto para un programa mundial de erradicación de la viruela, asignó una contribución al programa de las Américas a iniciarse en 1967.

La Organización Panamericana de la Salud preparó en 1966 una encuesta para evaluar la situación de la viruela en los países de la Región y sus resultados fueron presentados a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Su estudio dio a conocer el tipo de asistencia internacional que los países requieren para la organización, ejecución y evaluación de sus programas de erradicación.

A partir de 1967 la OPS firmó acuerdos y elaboró planes de operación con varios países, de acuerdo con las condiciones epidemiológicas de cada uno en relación al problema de viruela.

Los países fueron seleccionados en tres grupos según el tipo de actividad que debiera desarrollarse:

1. Fase de ataque - Países con cinco o más casos de viruela por 100,000 habitantes y menos del 80% de la población con cicatriz de vacuna.

2. Fase de consolidación - Países con menos de cinco casos de viruela por 100,000 habitantes y más del 80% de la población con cicatriz de vacuna.
3. Fase de vigilancia y mantenimiento - Países libres de viruela por más de dos años.

El estudio presentado a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana demostró las dificultades que encontraban los países de América para erradicar la viruela, agrupadas en tres categorías:

a) Dificultades presupuestarias - Los países no disponían de recursos presupuestarios suficientes para la adquisición de vehículos, inyectora a presión, equipos de laboratorio y otros suministros indispensables para llevar a cabo una campaña de erradicación. La compra de la mayoría de los equipos y suministros necesarios exigen cambio de moneda fuerte.

b) Carencia de planes adecuados - Esta dificultad ha sido causa importante del fracaso de algunas campañas. La falta de continuidad, indispensable en los programas de mantenimiento para asegurar un nivel mínimo satisfactorio de protección de la población, ha sido responsable de la reintroducción de la viruela en dos países sudamericanos.

La ausencia de supervisión y de evaluación para conocer el nivel de cobertura y prendimiento de la vacuna ha sido otra falla corriente. La infraestructura sanitaria en la mayoría de los países era deficiente y no estaba condicionada para efectuar tan importantes actividades.

c) Insuficiencia de vacuna - Además de problemas de orden financiero, dificultades técnicas impidieron a cierto número de países producir y satisfacer sus necesidades de vacuna liofilizada potente, estable y libre de contaminación. Las donaciones de otros países no eran suficientes para abastecer un programa en forma eficiente y continuada.

Por otra parte, la producción y el uso de vacunas contaminadas o de baja potencia, resultado del deficiente entrenamiento del personal responsable de su fabricación, y la existencia de equipos inadecuados, han hecho inútiles los esfuerzos de varios países, habiendo sido necesario revacunar áreas que ya habían sido vacunadas en más de una oportunidad.

Actividades desarrolladas

1. Con base en el conocimiento del problema y las dificultades de los países para solucionarlo, la OPS firmó acuerdos con los Gobiernos de la Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, y colaboró directamente con los países en la elaboración de los planes de operaciones correspondientes.
2. Para asesorar el programa, la OPS procuró estructurarse técnicamente y para tal efecto nombró un Asesor Regional que coordinaría las actividades

en forma continental, tres asesores de epidemiología para la Zona V (Brasil, único país que presentaba viruela endémica) y uno para cada una de las Zonas IV y VI. Además, asesores especializados en estadística fueron designados para Washington, D.C., y las Zonas IV, V y VI.

Estrategia y metodología

Especial interés se dio al diseño de una estrategia y metodología para el programa de erradicación de la viruela, que comprendió fundamentalmente los siguientes aspectos:

a) Seminarios que, además de fijar normas y procedimientos de trabajo y orientación en el terreno, incluyeron estudios de técnicas de vacunación y análisis de brotes ocurridos con el fin de evaluar su importancia en el mantenimiento de la endemia.

b) Supervisión y evaluación de las actividades de vacunación con el fin de conocer con exactitud la eficacia y los resultados de las labores realizadas.

c) Preparación de manuales de operación para distribución a los países, especialmente a aquellos que habían firmado acuerdos con la OPS para erradicar la viruela. Manuales para vacunadores, supervisores y evaluadores fueron especialmente preparados para el Brasil.

d) Entrenamiento de personal responsable de las actividades en los varios sectores del proyecto. Con la cooperación del CDC y el patrocinio del Gobierno del Brasil y de la OPS, se realizaron en São Paulo, Brasil, tres cursos a los cuales asistieron 18 candidatos de 13 países. Además, la Figura 2 presenta los laboratorios habilitados para diagnóstico en nuestra Región.

e) Asesoramiento en la reorganización y equipo de los laboratorios nacionales de producción de vacuna antivariólica para que lograran los estándares de la OMS en cuanto a potencia, estabilidad y ausencia de contaminación de la vacuna.

Al iniciarse el programa de erradicación emprendido por la OPS, la producción era de 17,557,600 dosis anuales de vacuna liofilizada producida en laboratorios de siete países. Esta vacuna, además de ser insuficiente para atender la demanda de la Región, no satisfacía los estándares de potencia y estabilidad y frecuentemente estaba contaminada.

Con la asistencia de los Laboratorios Connaught de la Universidad de Toronto, Canadá, se proporcionó asesoría técnica permanente, además de recursos financieros y equipo moderno para producción de vacuna liofilizada a Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela.

Figura 2

LABORATORIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS



En el Cuadro 2 y la Figura 3 se presenta la producción de vacuna liofilizada en los años 1966-1971. La OMS no recomienda el uso de vacuna líquida y por esta razón no se indica su producción aunque algunos países todavía insisten en su consumo, pese a los resultados dudosos obtenidos.

Además de haber duplicado muchas veces la cifra de producción del año 1966, la estabilidad y potencia de la vacuna liofilizada producida actualmente es satisfactoria. La vacuna producida en huevos es igualmente estable y potente, y los resultados obtenidos en el terreno en el Brasil son bastante ilustrativos.

Profesionales encargados de la producción de vacuna antivariólica liofilizada en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú han visitado los Laboratorios Connaught para familiarizarse con las técnicas allí empleadas. Igualmente se facilitaron visitas de intercambio entre profesionales de Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Uruguay.

Además de la asistencia estrictamente técnica suministrada a los laboratorios de diagnóstico y de producción de vacuna, y la asesoría prestada para la planificación de la estrategia y metodología, la preparación de manuales de procedimientos y estudios especiales, y la distribución de publicaciones, la colaboración de la OPS fue indispensable en la solución de innumerables dificultades de carácter técnico-administrativo. Se realizaron actividades tendientes a:

1. Desarrollar eficientemente la fase de ataque a fin de reducir la incidencia a niveles que facilitarían operaciones más productivas de vigilancia y contención.
2. Activar los servicios de vigilancia y contención mediante la organización de unidades dinámicas de notificación que cubrieran los países en toda su extensión.
3. Disponer que en los programas de vacunación se establecieran prioridades respecto a la inmunización de los menores de 15 años, y que se diera mayor valor epidemiológico, para obtener la erradicación, a las primovacunas que a las revacunaciones. Además, que todos los recién nacidos fueran vacunados.
4. Establecer la vacunación obligatoria del personal de salud, particularmente a quienes practican en los hospitales, y exigir que la vacunación de pacientes hospitalizados se establezca en forma rutinaria.
5. Desarrollar la práctica de vacunación de mantenimiento en los servicios locales de salud.
6. Instalar un banco de vacuna liofilizada en la sede de la Zona V para atender a pedidos de emergencia de cualquier país del Continente, y mantener existencias de vacuna producida en huevos para atender emergencias en los países libres de aftosa de Mesoamérica.

CUADRO 2

PRODUCCION DE VACUNA ANTIVARIOLICA LIOFILIZADA EN LAS AMERICAS
1966-1971

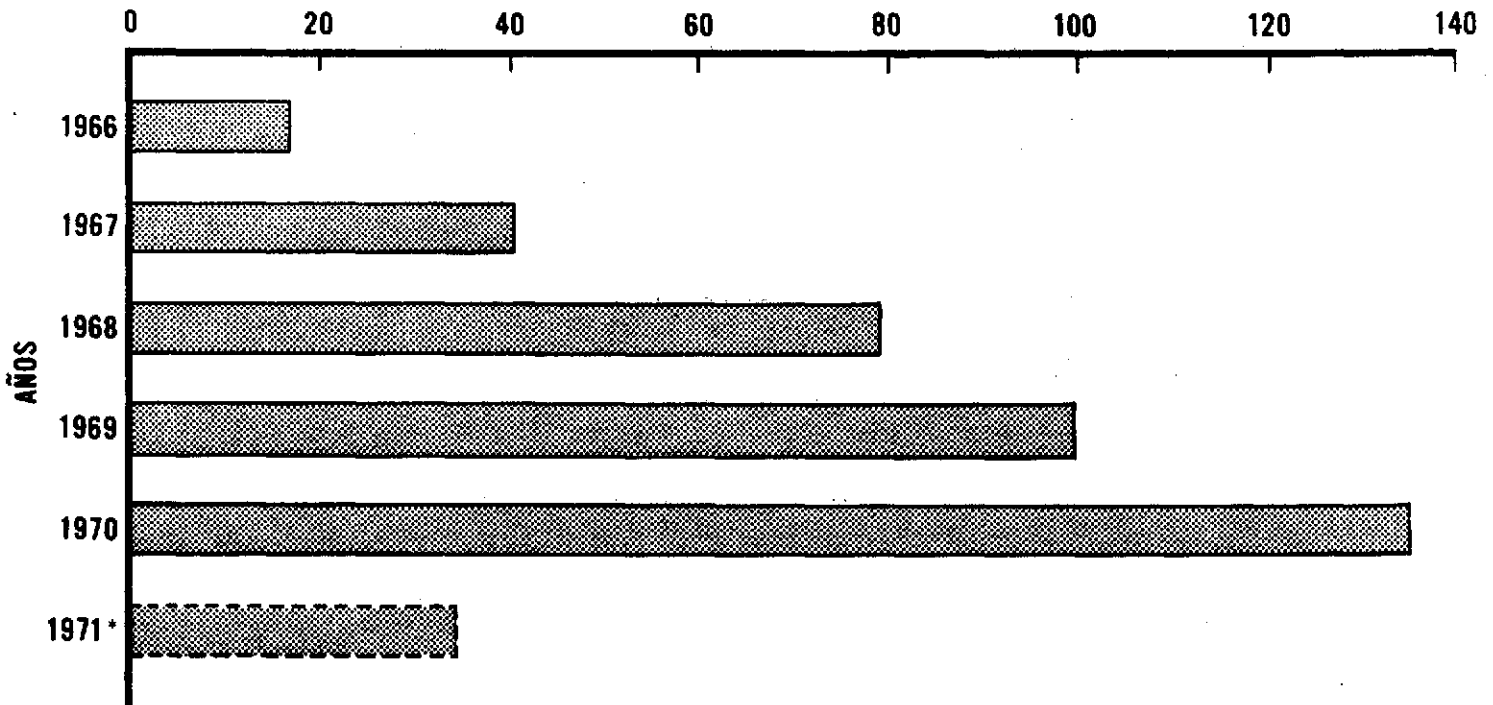
País	Años					
	1966	1967	1968	1969	1970	1971*
Argentina	-	560,000	14,944,800	21,427,850	44,350,325	7,264,500
Bolivia	1,800,000	400,000	-	230,000	-	-
Brasil	9,386,200	31,331,900	49,482,650	61,000,000	72,298,050	18,669,125
Colombia	2,535,000	4,504,502	7,992,200	7,586,500	10,800,000	3,391,000
Chile	36,500	693,000	1,962,000	3,950,000	-	250,000
Ecuador	2,019,800	1,559,740	-	-	1,800,000	1,223,150
Guatemala	-	-	263,300	-	-	-
Perú	1,033,100	2,220,000	5,848,750	6,527,200	6,227,800	3,318,350
Venezuela	747,000	624,000	-	-	-	-
Total	17,557,600	41,893,142	80,493,700	100,721,550	135,476,175	34,116,125

* Primer semestre

Figura 3

**PRODUCCION DE VACUNA LIOFILIZADA EN LAS AMERICAS
1966-1971**

MILLONES DE DOSIS DE VACUNA ANTIVARIOLICA



* Primer semestre

Como se indica en el Cuadro 1, sólo Argentina y Brasil presentan casos autóctonos de viruela en 1967, aunque algunos de los notificados en Argentina eran casos importados.

Colombia, Paraguay y Perú notificaron sus últimos casos en 1966, y a partir de 1969 comenzaron la fase de mantenimiento.

Los casos ocurridos en la Guyana Francesa y el Uruguay resultaron de importaciones en los años 1969 y 1970.

Argentina, que no había notificado casos en 1968 y 1969, tuvo un brote de 23 casos autóctonos en 1970 como resultado de un caso importado en la Provincia de Misiones.

Brasil, realmente el responsable de la dispersión de la endemia a los países vecinos, presentó en 1970 un número de casos muy inferior al de 1969, a pesar de haberse intensificado considerablemente la vigilancia y búsqueda de casos. En 1971 la reducción es aún más notoria pues hasta el 30 de junio sólo 19 casos de viruela habían sido notificados en todo el país, todos ellos ocurridos en la ciudad de Rio de Janeiro, en tanto que en el mismo período de 1970 se habían notificado 1,211 casos.

Dada la necesidad de comprobar el éxito de las actividades que resultaron en la interrupción de la transmisión y el silencio epidemiológico en casi todos los países sudamericanos, se convino en realizar una investigación de las áreas consideradas problema, es decir, aquellas en donde se habían registrado las últimas notificaciones y donde era probable que existieran casos remanentes y no registrados. Tales áreas en los países de Sudamérica son precisamente aquellas en donde las actividades de vigilancia y mantenimiento son menos eficientes o inexistentes.

Dicha investigación enfocó las zonas administrativas de la OPS en América del Sur, ya que su objetivo era indagar los países en donde la viruela estuviera todavía presente o hubiera estado hasta recientemente en forma autóctona o como resultado de importaciones.

Se elaboró un protocolo de los datos, informaciones y encuestas que deberían tener en cuenta los investigadores asignados a cada zona, que contiene los siguientes puntos esenciales:

1. Mapa del área con definición de las localidades a ser visitadas
2. Población estimada en el área en estudio
3. Relación de localidades que serán investigadas:

En cada localidad se entrevistarían:

Autoridades locales (intendente, prefecto, alcalde, otros).

Servicios de salud (centros de salud, hospitales oficiales y privados, dispensarios, puestos de malaria, etc.). Se visitarían todos los servicios.

Todos las escuelas y colegios. Se enseñarán fotos de casos de viruela, y se harán preguntas como:

¿Hubo viruela en los últimos 12 meses? Si - No

¿Dónde?

¿Cuándo?

Se interrogará al director del plante o cuerpo docente.

Se interrogarán por lo menos cinco clases; si hubieran turnos en la escuela, se interrogarán los alumnos del turno en funcionamiento en el momento de la visita.

4. En caso de encontrarse, o de que hayan habido casos de viruela en 1971, se procederá de inmediato a una investigación.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por otra parte, se ha dirigido a los Ministros de Salud de las Américas participándoles del éxito del programa de viruela y solicitándoles su respaldo y un esfuerzo complementario para consolidar definitivamente la erradicación.

El mensaje del Director consideraba como esenciales los siguientes puntos:

1. Que se instruyera a los organismos locales de salud para que se mantengan particularmente alertas y tomen las medidas necesarias con el fin de identificar casos sospechosos de viruela, incluyendo exámenes de laboratorio, e investigar la cadena de transmisión de la enfermedad.
2. Que se facilite la cooperación del personal del programa de erradicación de la malaria para cumplir con lo establecido en el punto 1.
3. Que se realicen encuestas especiales en aquellas áreas del país donde se hayan notificado los últimos casos de viruela o donde la vigilancia sea menos efectiva. La Organización está dispuesta a colaborar por medio de epidemiólogos para que asesoren en esa actividad.
4. Que se proporcione a la Organización un informe mensual en el cual se consignen los datos obtenidos de las actividades antes enumeradas.

En cuanto al Brasil, único país en donde la viruela se ha mantenido en forma endémica hasta recientemente, se han solicitado informaciones complementarias en relación con las áreas problema de Amazonia, cuenca del Río

San Francisco en los Estados de Minas Gerais y Bahía, y en el Estado de Goiás se ha pedido la revisión de las grandes concentraciones rurales que bajo la influencia de Brasilia vienen formándose. Las favelas del Estado de Guanabara, en donde ocurrieron los últimos casos notificados de viruela, merecen especial atención. También el Estado de São Paulo, en donde el mayor número de casos de viruela había sido registrado, debería ser objeto de investigación especial debido al gran número de inmigrantes que recibe de otros estados.

Áreas de esas regiones seleccionadas al azar serían investigadas mediante lectura de cicatrices con el fin de conocer la cobertura alcanzada por la vacunación e información sobre presuntos casos, así como la ausencia o existencia de casos de viruela detectados durante la fase de vacunación intensiva.

Las grandes concentraciones humanas a lo largo de las carreteras en construcción en las diversas regiones del país merecerán un estudio particular. Es indispensable conocer el porcentaje de cicatrices indicadoras de casos de viruela o de vacunación en los obreros y sus familias.

Actualmente la encuesta se lleva a cabo en los países de la Zona I. En la Zona IV las investigaciones periódicas realizadas en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú confirman el silencio epidemiológico registrado desde hace varios años. El Cuadro 3 indica los porcentajes de cicatrices de vacunación en dichos países para 1970. El Cuadro 4 y la Figura 4 presentan los casos notificados de viruela en los cuatro países entre 1960 y 1970. Completo silencio epidemiológico se observa en el Ecuador desde 1963, en Bolivia desde 1964, y en Colombia y el Perú desde enero de 1967.

Considerando, como lo indica el Cuadro 4, que la protección mediante vacunación es inferior al 80% recomendado como mínimo por la OMS/OPS, especialmente respecto a los menores de cinco años, se ha continuado el programa de vacunación en los mencionados países de acuerdo con sus propias posibilidades presupuestarias.

Colombia y el Perú continúan la fase de ataque.

En Colombia se espera completar la fase de ataque general en diciembre del presente año. Hasta el 31 de mayo de 1971 el número de vacunaciones acumulado desde julio de 1967 era de 13,227,394 personas, de las cuales 3,847,855 eran primovacunadas y 9,379,539 revacunadas. La cobertura lograda es de aproximadamente un 70.0% de la población total.

El Perú ha dado desde 1970 un inusitado empuje a su programa de vacunación, y ha asegurado presupuesto hasta para 1972 evitando así la suspensión de actividades en los primeros meses del año, como ocurría anteriormente. Entre agosto de 1968 y junio de 1971 se vacunaron apenas 2,944,408 personas, de las cuales 836,449 fueron primovacunadas. Esto representa aproximadamente un 29.0% de la población total.

CUADRO 3

PERSONAS CON CICATRIZ DE VACUNACION ANTIVARIOLICA
 POR GRUPOS DE EDAD Y POR PAISES DE LA ZONA IV
 ENERO A DICIEMBRE DE 1970

Países	Menores de cinco años			De cinco a catorce años			Quince años y más		
	Residentes	Presentes	%	Residentes	Presentes	%	Residentes	Presentes	%
Bolivia	1,923	1,719	65.9	3,397	2,173	92.1	6,619	3,665	94.4
Colombia ¹	-	84,080	70.5	-	86,680	84.7	-	157,240	76.6
Ecuador	10,423	9,464	74.8	14,949	6,806	94.9	25,646	13,076	95.4
Perú ¹	-	10,395	81.8	-	12,659	92.3	-	17,443	91.1
Total	-	105,658	72.0	-	108,318	86.4	-	191,424	79.6

- Sin datos

¹ Datos parciales

CUADRO 4

CASOS NOTIFICADOS DE VIRUELA EN LOS PAISES DE LA ZONA IV

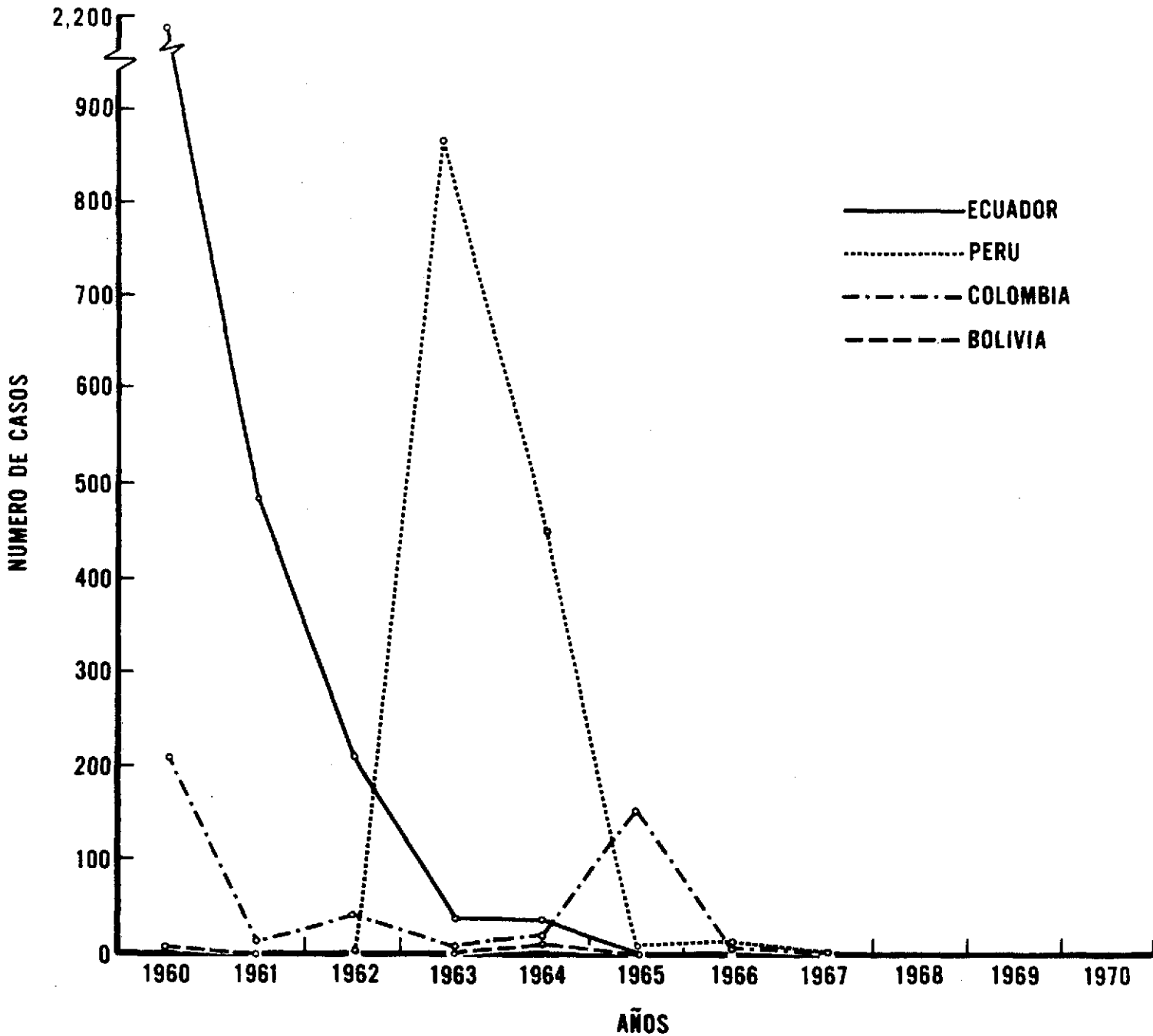
1960 - 1970

Años	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Total
1960	1	209	2,185	-	2,395
1961	-	16	496	-	512
1962	-	41	204	-	245
1963	-	4	45	865	914
1964	5	21	42 ^a	454	522
1965	-	149	-	18	167
1966	-	8	-	13	21
1967	-	-	-	-	-
1968	-	-	-	-	-
1969	-	-	-	-	-
1970	-	-	-	-	-
Total	6	448	2,972	1,350	4,776

^a Casos de hospitales no confirmados

Figura 4

CASOS NOTIFICADOS DE VIRUELA EN LOS PAISES DE LA ZONA IV 1960-1970



Tomado del Boletim da Campanha de Erradicaçãõ da Variola,
Ministerio da Saude, Brasil

Bolivia y el Ecuador están en fase de mantenimiento. Por carecer de estructuras sólidas que aseguren el mantenimiento regular, ambos países practican la vacunación mediante programas verticales: en Bolivia en combinación con BCG, en el Ecuador con DPT.

En Bolivia la protección del grupo de menores de cinco años es de apenas 65.9%, y la vacunación de mantenimiento acumulada desde 1968 representa apenas 31.5% de la población por vacunar. Por razones de orden presupuestario se ha interrumpido la producción de vacuna liofilizada y la evaluación no es actividad rutinaria.

En el Ecuador el énfasis de la vacunación se dirige a los menores de cinco años en las actividades de mantenimiento. La cobertura alcanzó el 60% de la población total, pero apenas el 18.2% de los menores de cinco años. Entre febrero de 1964 y mayo de 1971 se vacunaron 5,164,678 personas en el país. El laboratorio de producción de vacuna liofilizada está nuevamente en capacidad de producir vacuna de acuerdo a los estándares de la OMS.

La situación epidemiológica en la Zona V, que comprende sólo a Brasil, se presenta actualmente bastante favorable.

Las Figuras 5, 6 y 7 representan el área del Brasil cubierta por la campaña vertical de vacunación concluida en abril de 1971; la situación epidemiológica al 30 de junio de 1970; y la situación epidemiológica al 30 de junio de 1971 respectivamente.

El Cuadro 5 presenta los casos notificados de viruela entre 1963, cuando comenzó la primera etapa de la campaña, y el 30 de junio de 1971.

Dado que en algunos estados del nordeste la cobertura por la campaña fue realizada entre 1962 y 1966, y el mantenimiento no estaba aún bien organizado, se inició recientemente un programa de recobertura de esas áreas. Hasta el 30 de junio se habían vacunado a 4,478,124 personas en los Estados de Alagoas, Pernambuco y Piauí.

En el Estado de Guanabara, concluida ya la vacunación de todas las favelas, se continúa la vacunación en el área rural.

La vigilancia epidemiológica en todo el país está siendo incrementada y todo caso sospechoso notificado es sujeto a inmediata investigación. Hasta el 30 de junio de 1971 existían y enviaban informes 2,800 unidades de vigilancia epidemiológica.

Desde el brote ocurrido en el Estado de Guanabara, en septiembre de 1970, no se habían observado casos nuevos en el país hasta cuando durante la vacunación de la Favela Cruzeiro se descubrieron dos casos sospechosos cuya investigación llevó al descubrimiento de una cadena epidemiológica bien definida y a la identificación de un total de 18 casos, 14 de los cuales ocurrieron en menores de 15 años (78%).

CAMPAÑA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA
PROGRAMA DE VACUNACION
JUNIO 1971
BRASIL

Figura 5

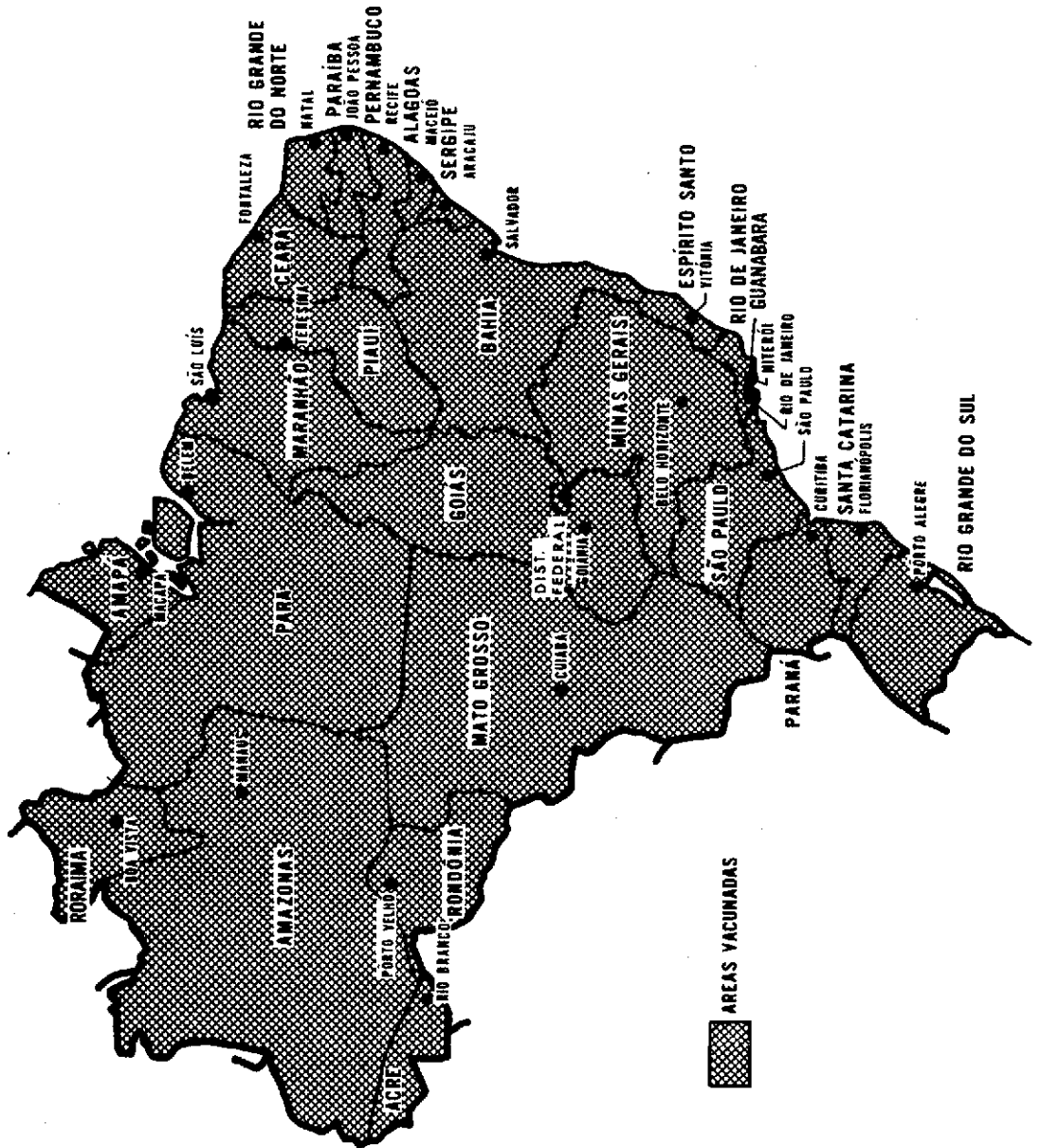


Figura 6

CAMPAÑA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA
BRASIL
SITUACION EPIDEMIOLOGICA
ENERO-JUNIO 1970

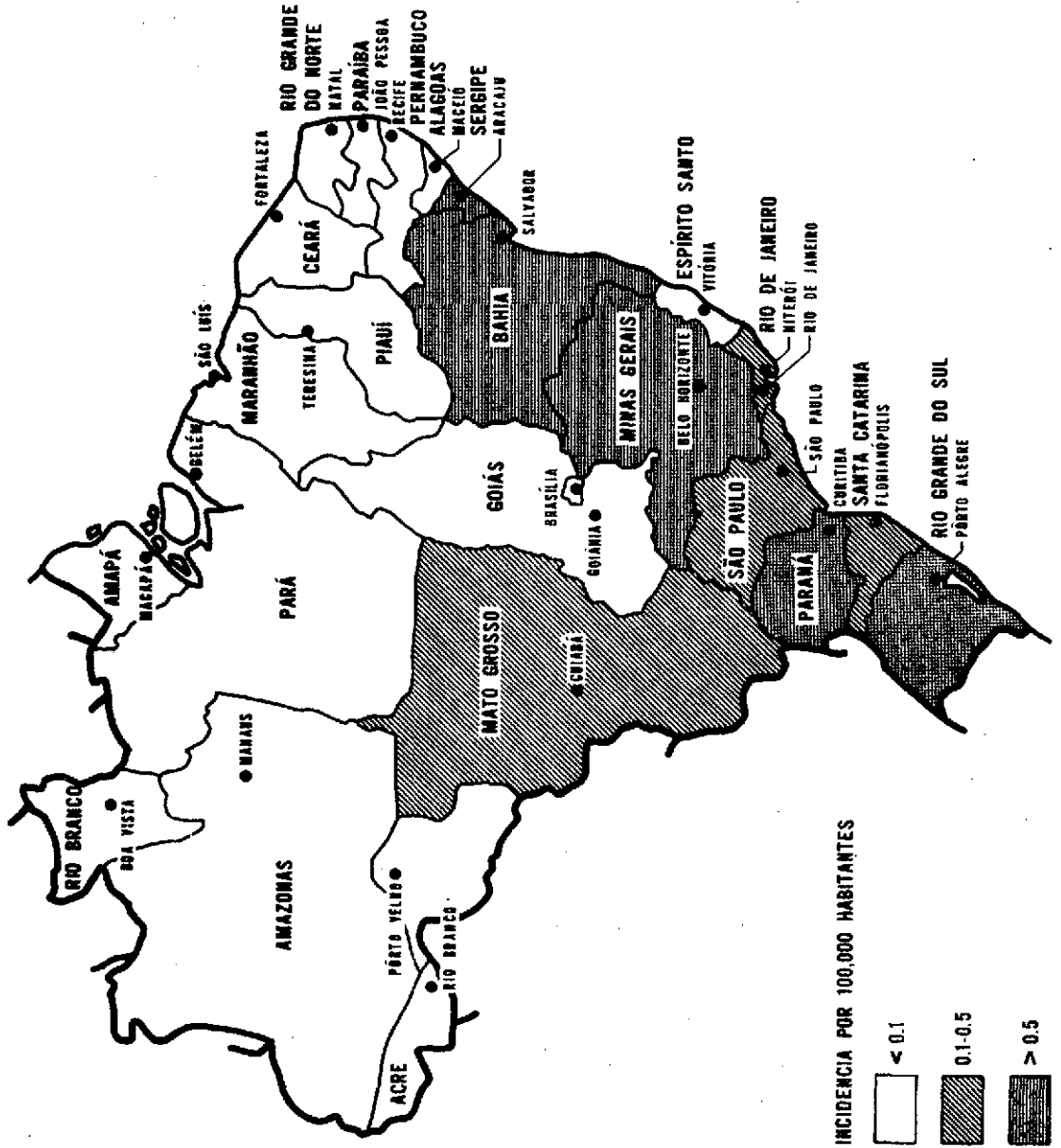
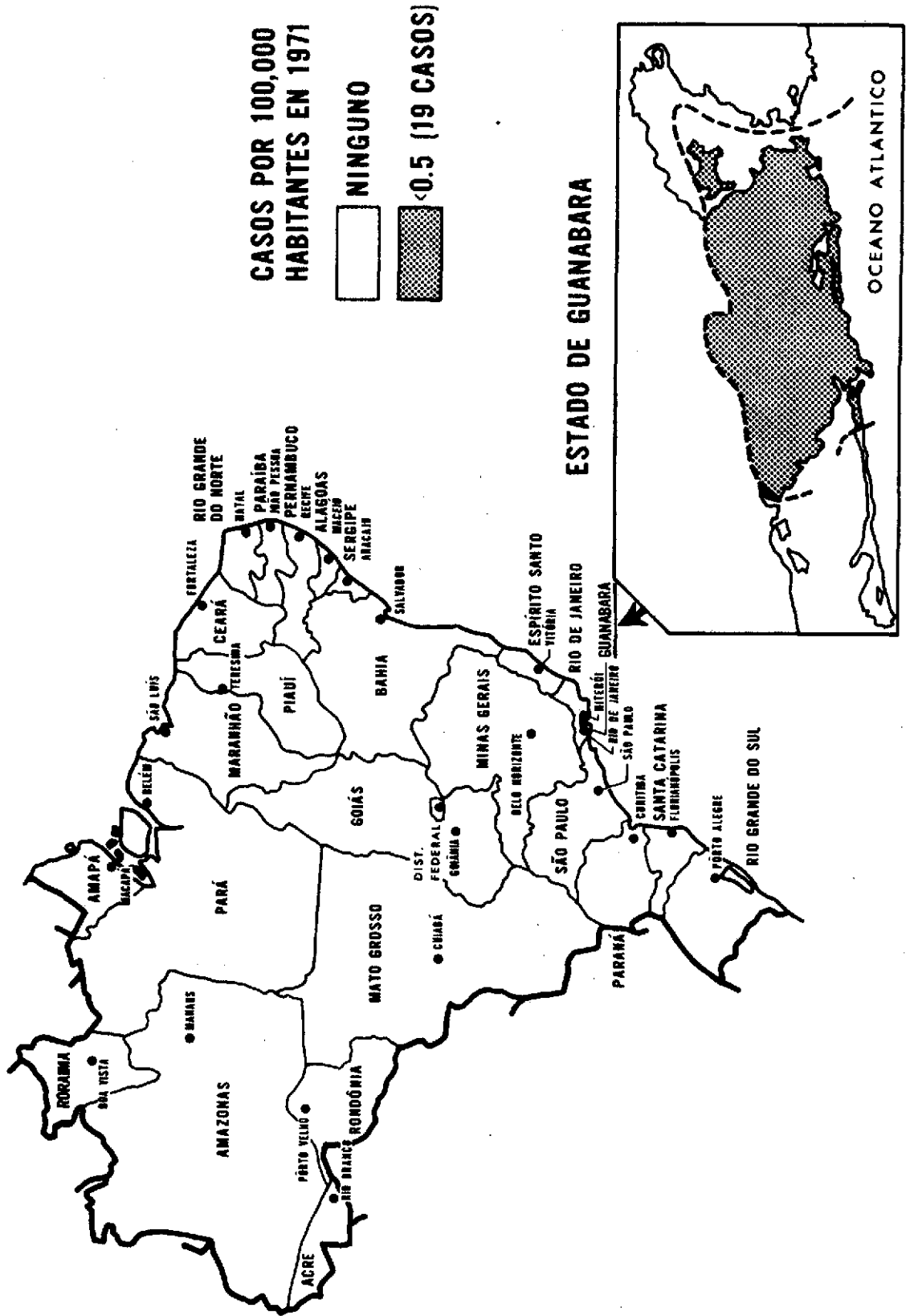


Figura 7

SITUACION EPIDEMIOLOGICA AL 30 DE JUNIO DE 1971 BRASIL



CUADRO 5

CASOS Y DEFUNCIONES DE VIRUELA REGISTRADOS EN BRASIL

1963 - 1971

Año	Población (a)	Número de casos	Tasa de incidencia (b)	Número de muertes	Tasa de letalidad (c)
1963	76,409	6,467	8.5	163	2.5
1964	76,211	3,168	4.2	69	2.2
1965	78,587	3,417	4.3	45	1.3
1966	77,492	3,623	4.7	29	0.8
1967	86,580	4,514	5.2	70	1.6
1968	89,376	4,372	4.9	38	0.9
1969	90,892	7,377	8.1	37	0.5
1970	93,551	1,770	1.9
1971(d)	96,357	19	0.0	-	-

(a) Población estimada de áreas, en miles

(b) Por 100,000 habitantes

(c) Muertes por 100 casos

(d) Provisional (hasta junio 1971)

... Información no disponible

El último caso conocido para todo el Brasil ocurrió en el mismo Estado de Guanabara en la semana 16 que terminó el 24 de abril de 1971. Se trataba de un adulto no vacunado que había sido internado en el Hospital de Enfermedades Transmisibles como portador de pênfigo.

La encuesta especial antes mencionada se lleva a cabo actualmente en el Estado de Guanabara y áreas vecinas del Estado de Rio de Janeiro, y tiene por objetivo comprobar el silencio epidemiológico que allí se ha observado desde fines de marzo. Los centros de salud y escuelas de ambos estados colaboran intensamente.

En los Estados de Bahia y Minas Gerais la encuesta comenzó en julio. En el Estado de São Paulo, el Gran São Paulo ya ha sido investigado, con resultados negativos de viruela. La encuesta prosigue en las demás áreas del estado vecinas de Mato Grosso y Minas Gerais.

El Cuadro 6 presenta datos de unidades de notificación en el Estado de Rio Grande do Sul y el porcentaje de notificaciones recibidas durante las semanas 18 a 21 del corriente año tomadas para muestreo.

El Cuadro 7 presenta la situación epidemiológica del Brasil entre el 10. de julio de 1970 y el 10. de julio de 1971. Se consignan en él los casos registrados por localidad y estado y la fecha de inicio del último caso ocurrido en cada localidad. La Figura 8 ilustra la distribución de los casos presentados en el Cuadro 7.

Las Figuras 9 y 10 indican los casos de viruela notificados por períodos de cuatro semanas en el Brasil entre 1967-1970 y los casos por semana de inicio y de notificación registrados en 1970, y la Figura 11 los casos de viruela y la vacunación realizada en el Brasil, por trimestre, entre 1964-1971.

Con base en las encuestas especiales de las áreas problemas, y las actividades de vigilancia, control y mantenimiento que el Gobierno del Brasil viene siguiendo con interés, se espera consolidar los éxitos hasta ahora obtenidos.

En la Zona VI los esfuerzos se han concentrado en los países fronterizos con el Brasil por el riesgo de reintroducción de la enfermedad, como ha sucedido en varias oportunidades.

Se han firmado acuerdos y se ha colaborado con los Gobiernos en el adiestramiento de personal técnico para diagnóstico de laboratorio y producción de vacuna; se ha proporcionado asesoría en epidemiología y estadística, y suministros y equipo, todo ello con miras a promover un programa de vacunación destinado a elevar el nivel de inmunidad de la población.

La necesidad de esta estrategia se manifestó cuando, después de dos años sin reportar caso alguno, en 1970 se presentaron en Colonia Alicia,

CUADRO 6

CONTROL DE NOTIFICACION SEMANAL RECIBIDA POR LA UNIDAD DE
ERRADICACION DE LA VIRUELA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO
DE RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

SEMANAS 18 a 21, 1971

Divisiones de salud estatales	No. de municipios	Población (en miles)	% sobre el total	No. de puestos	% de notificaciones recibidas en las semanas											
					21	20	19	18	17	16	15	14	13	12		
1a	11	1,207	18.2	25	100	24	96	21	84	23	92					
2a	21	732	11.0	21	90	20	95	20	95	18	86					
3a	10	583	8.8	10	80	10	100	10	100	9	90					
4a	12	312	4.7	13	85	13	100	13	100	12	92					
5a	19	502	7.6	19	89	18	95	17	89	17	89					
6a	19	368	5.5	17	100	17	100	17	100	17	100					
7a	9	275	4.1	9	89	9	100	9	100	8	89					
8a	12	364	5.5	10	80	10	100	10	100	10	100					
9a	17	310	4.7	16	100	15	94	14	88	14	88					
10a	9	413	6.2	9	100	9	100	9	100	9	100					
11a	20	238	3.6	19	95	19	100	19	100	19	100					
12a	15	280	4.2	14	100	12	86	14	100	14	100					
13a	20	415	6.2	19	100	16	84	18	95	19	100					
14a	20	339	5.1	16	100	16	100	15	94	16	100					
15a	18	300	4.5	13	100	13	100	13	100	12	92					
Total	232	6,638	100	230	95	221	96	219	95	217	93					

CUADRO 7

NUMERO DE CASOS DE VIRUELA NOTIFICADOS, CON FECHA DE INICIO EN EL
 PERIODO DE 1.7.70 A 1.7.71; LUGAR Y FECHA DE LA ULTIMA NOTIFICACION

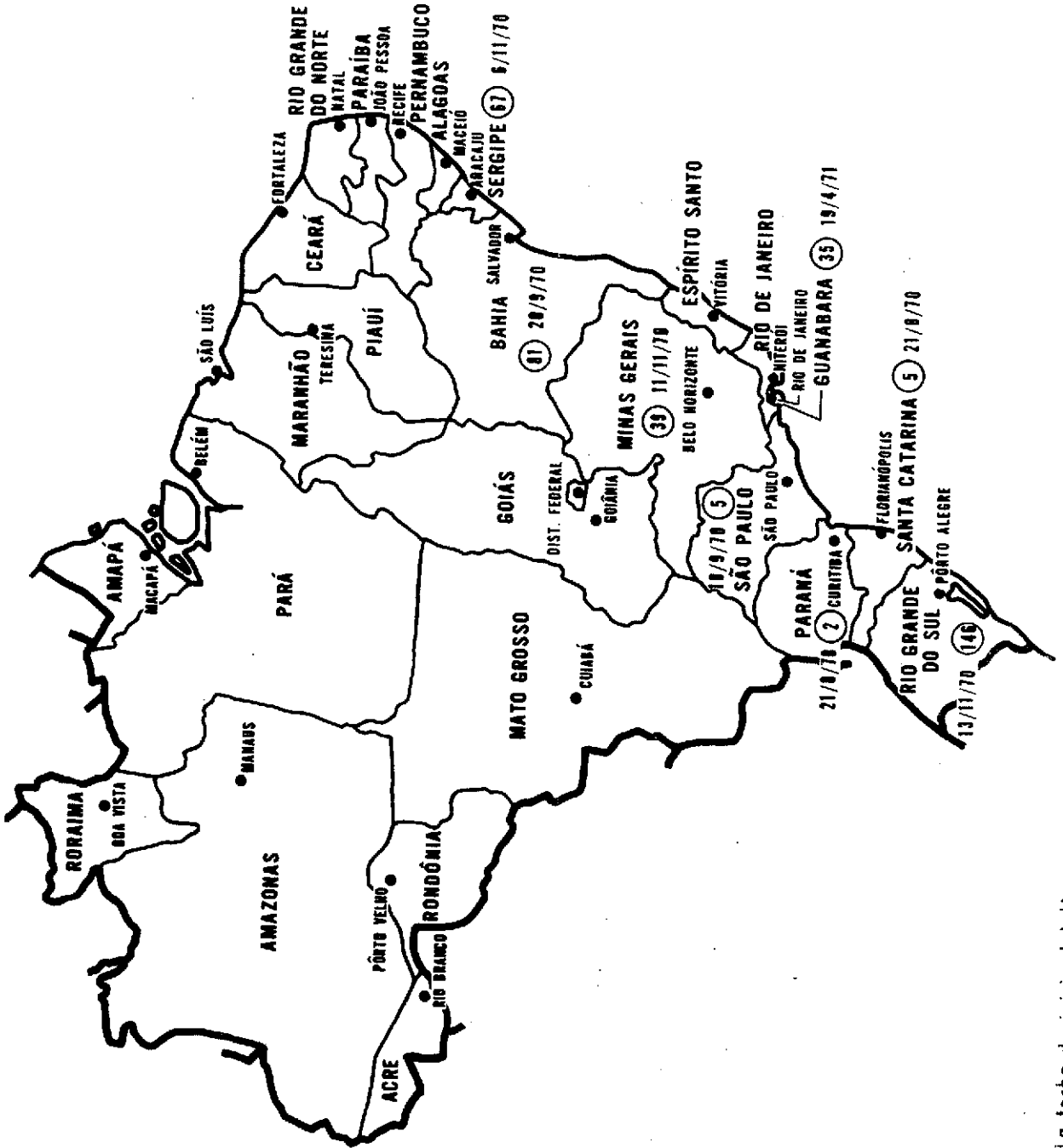
BRASIL, 1970 - 1971

Estado	Número de casos ocurridos entre 1.7.70 a 1.7.71	Fecha de inicio del último caso		Municipio	Localidad
		1970	1971		
Paraná*	2	21.8.70	-	Palmas	Palmas
S. Catarina	5	21.8.70	-	Campos Novos	Portão
São Paulo	5	18.9.70	-	São Paulo	S. Miguel Paulista
Bahia	81	29.9.70	-	Riachão das Neves	Riachão das Neves
Sergipe	67	6.11.70	-	Neopolis	Neopolis
M. Gerais	39	11.11.70	-	Manga	Fazenda Rosado
R. G. Sul	146	13.11.70	-	Fontoura Xavier	Gariroba
Guanabara	35	19.4.71	-	Rio de Janeiro	Hospital Rabelo
Total	380				

* Casos importados

Figura 8

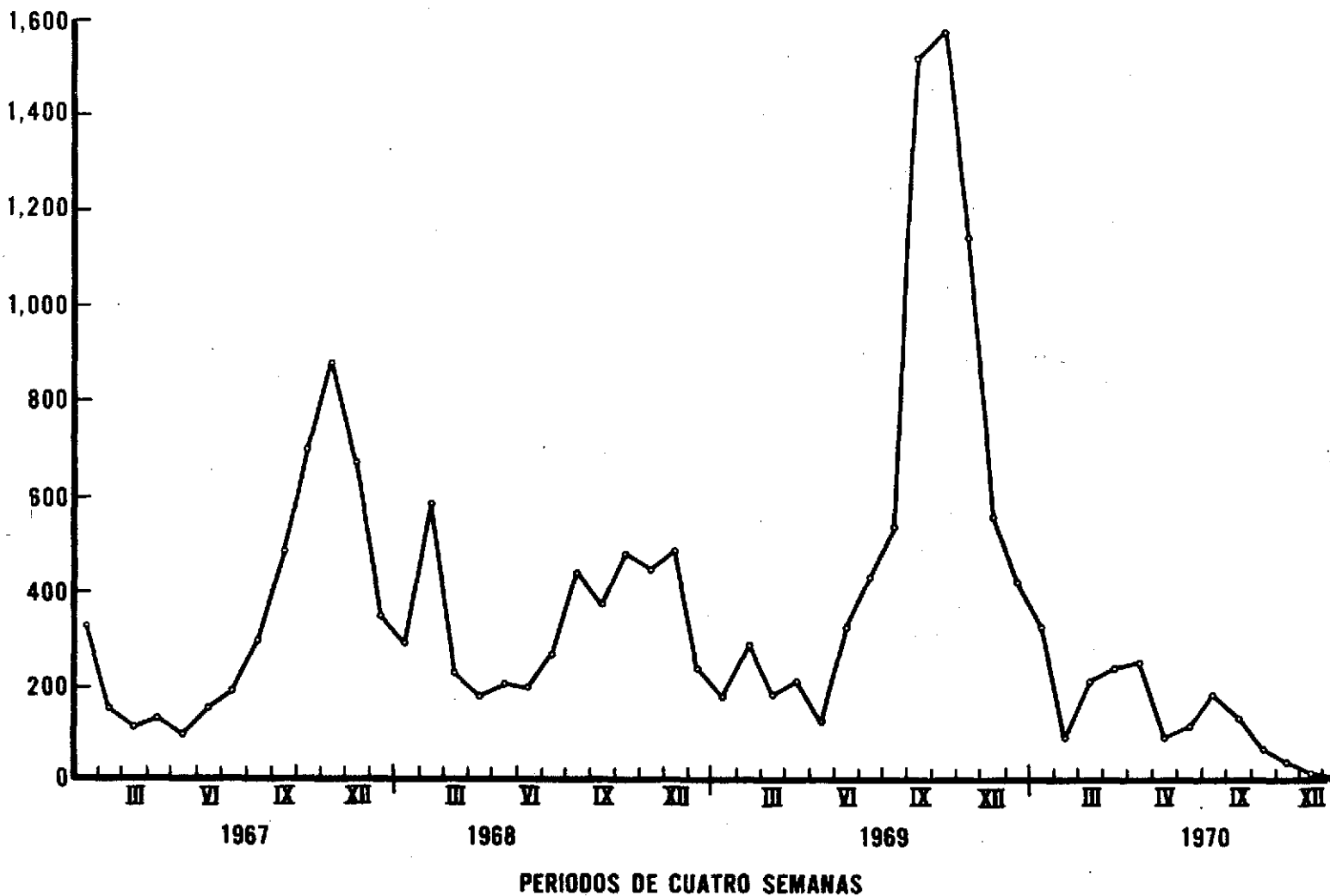
CAMPAÑA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA
NUMERO DE CASOS DE VIRUELA QUE TUVIERON INICIO ENTRE
EL PERIODO 1 JULIO 1970 A 1 JULIO 1971*
BRASIL



* La fecha de inicio del último caso notificado aparece junto a los círculos.

Figura 9

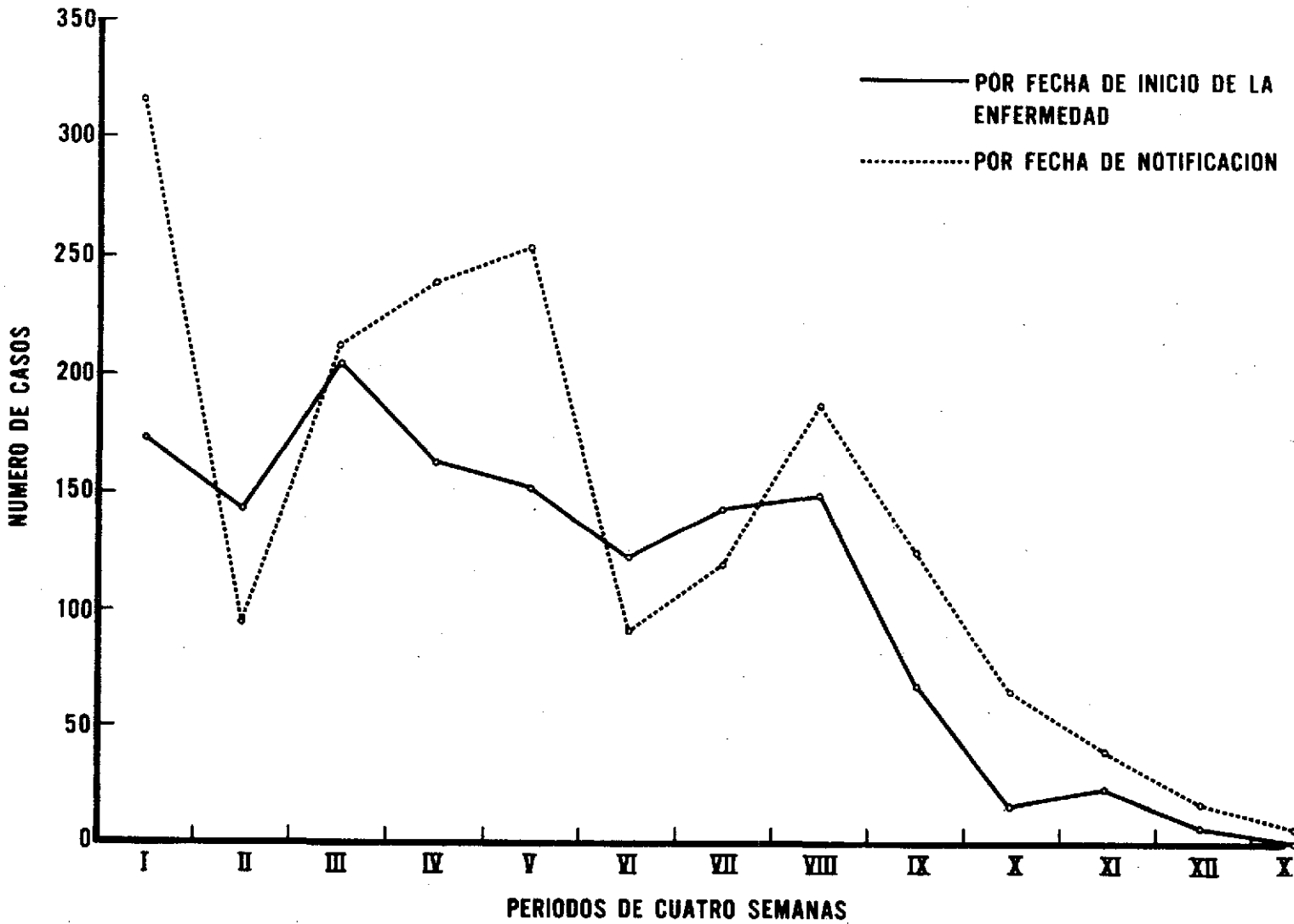
**CASOS DE VIRUELA NOTIFICADOS EN BRASIL, EN PERIODOS DE CUATRO SEMANAS
1967-1970**



Tomado del Boletim da Campanha de Erradicação da Variola,
Ministerio da Saúde, Brasil

Figura 10

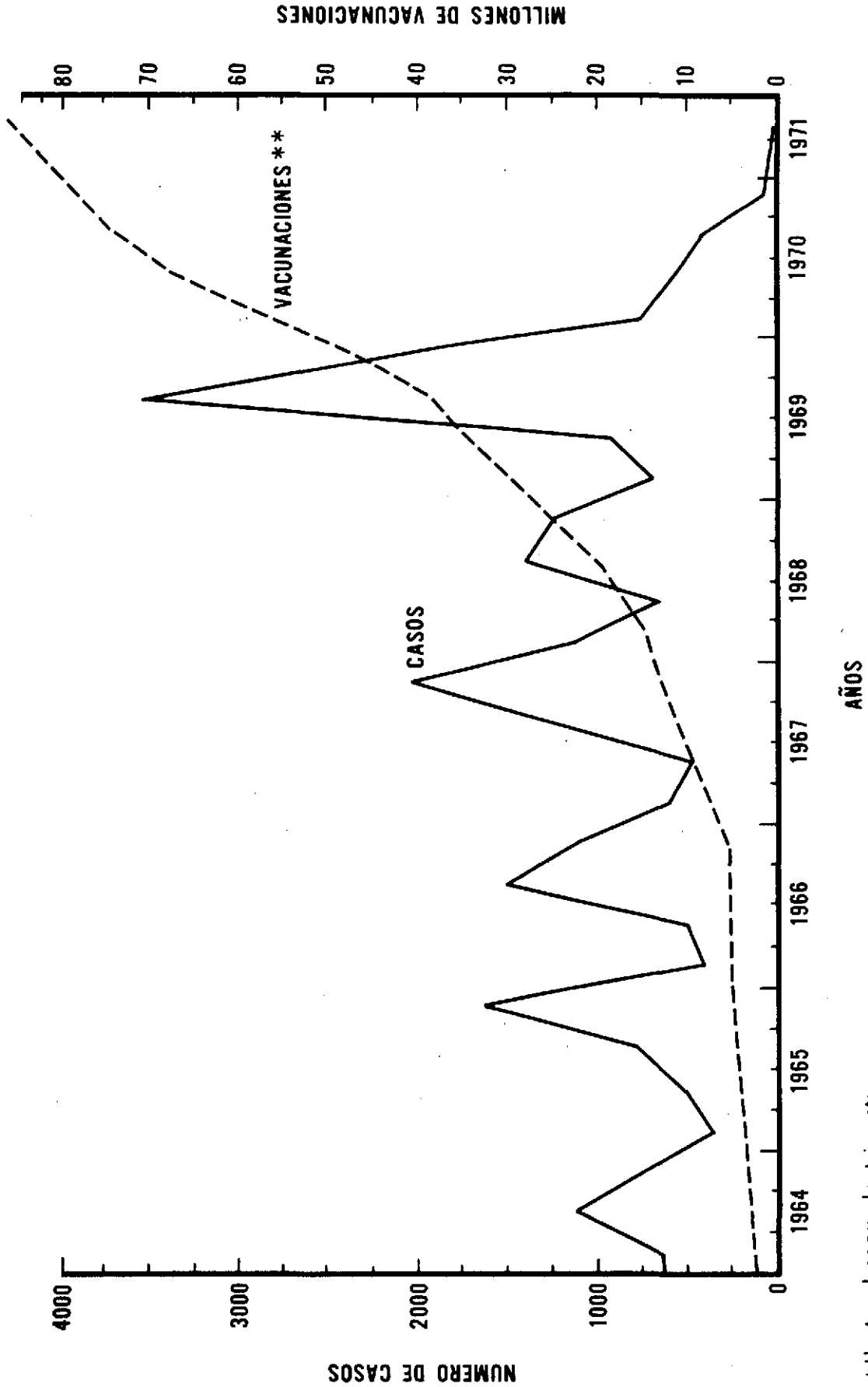
CASOS DE VIRUELA POR SEMANAS DE INICIO Y DE NOTIFICACION REGISTRADOS EN BRASIL 1970



Tomado del Boletim da Campanha de Erradicaçao da Variola,
Ministerio da Saude, Brasil

CASOS DE VIRUELA NOTIFICADOS Y VACUNACIONES ACUMULATIVAS REALIZADAS EN BRASIL POR TRIMESTRE, 1964-1971*

Figura 11



* Hasta el segundo trimestre.

** Acumulativas desde el inicio de la Fase de Ataque, a partir de 1962.

Departamento 25 de Mayo, Provincia de Misiones, Argentina, 23 casos autóctonos que tuvieron como origen un caso importado del Brasil.

Dificultades financieras habían impedido que los programas de vacunación, concebidos con base en los acuerdos firmados en 1967, fueran desarrollados según los planes de operaciones trazados. Argentina, sin embargo, asignó en 1969 los recursos necesarios y designó un jefe de programa a tiempo completo para comandar las acciones. Hasta fines de ese año la vacunación había alcanzado el 14.23% de la población prevista. Actualmente, 17 de las 23 provincias participan en los programas de vacunación a través de sus respectivos servicios de salud.

Un asesor a corto plazo recorrió, junto con el Director del programa de viruela, las provincias del norte-nordeste, especialmente, Misiones, Entre Ríos, Santa Fe, Corrientes y Chaco, para evaluar el programa.

En el Paraguay, la encuesta, que ya fue concluida, se llevó a cabo en tres partes principales:

La primera, a través de las unidades de salud con personal especialmente entrenado para la investigación de escuelas, comprendió el estudio de 336 establecimientos docentes (14.4%) de los 3,321 existentes en el país. En total, 35,898 estudiantes fueron entrevistados y ningún caso de viruela fue descubierto.

Para la segunda parte se utilizó personal del SENEPA (Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo) que cubrió diez departamentos e investigó 19,434 residencias con un total de 89,156 personas, con resultados negativos.

La tercera y última parte fue realizada por el Jefe del Programa de Viruela en el Paraguay y un oficial técnico de la OPS. Se visitaron 88 localidades en áreas consideradas como de mayor riesgo según los datos epidemiológicos existentes. Se entrevistaron 125 médicos, 448 directores, y maestros de 73 escuelas cuya población estudiantil ascendía a 9,252 alumnos. Se interrogó sobre la ocurrencia de viruela en los últimos 12 meses y de esta investigación resultaron 12 casos sospechosos que a la vez llevaron a hacer contactos con 50 personas residentes en áreas relacionadas, todas con resultado negativo.

Se verificó finalmente que el nivel de protección de la población es satisfactorio, excepto en el grupo de menores de cinco años que apenas alcanza a un 43.3%.

En el Uruguay, por decisión gubernamental, las actividades de erradicación se limitan a "un programa de intensificación de la vacunación antivariólica". Hasta junio de 1971 quedaban por vacunar solamente partes de los Departamentos Colonia y Soriano, la totalidad de Florida, además de la capital.

La vacuna que se emplea es glicerinada, pese a que hace más de dos años la OPS suministró un liofilizador y que existe personal capacitado para producir vacuna de acuerdo a los requisitos de la OMS.

Para completar la investigación en toda Sudamérica, un asesor a corto plazo visitó Venezuela, la Guayana Francesa y Surinam, con el fin de obtener información sobre los últimos casos de viruela ocurridos en esa región que desde hace muchos años se encuentra en completo silencio.

Una vez concluidas todas las encuestas dispondremos de los resultados que nos permitirán evaluar las actividades de los últimos cinco años. Dichos resultados serán sometidos a la apreciación de un comité de expertos que la OMS convocará en Ginebra a fines de 1971, con el fin de estudiar la situación de la erradicación de la viruela en el mundo.

Anexo

PRINCIPALES RESOLUCIONES DE LA OMS/OPS
RELATIVAS A LA VIRUELA

OPS

- Mayo de 1949 - El Comité Ejecutivo, reunido en Washington, D.C., aprueba la proposición del Director de erradicar la viruela.
- Octubre de 1950 - La Conferencia Sanitaria Panamericana (XIII), reunida en Santo Domingo, República Dominicana, respalda dicha proposición.
- Octubre de 1954 - La Conferencia Sanitaria Panamericana (XIV), reunida en Santiago, Chile, autoriza al Director a invertir \$144,089 en el programa de viruela.
- Octubre de 1965 - El Consejo Directivo (XVI) declara la erradicación de la viruela como uno de los objetivos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud.
- Octubre de 1966 - La Conferencia Sanitaria Panamericana (XVII) autoriza al Director a proporcionar la ayuda material necesaria a los países con miras a erradicar la viruela del Continente.

OMS

Las Asambleas Mundiales 3a, 6a, 8a, 11a, 12a, 13a, 14a, 15a, 16a, 18a y 19a trataron el problema de la erradicación de la viruela en reiteradas resoluciones.

El Consejo Directivo, en su 22a Reunión, autorizó mediante Resolución 12 el establecimiento de un Fondo Especial para la Erradicación de la Viruela.

La 19a Asamblea Mundial aprobó en mayo de 1966, por Resolución 16, la asignación de fondos para el programa de viruela, con cargo a la OMS. Entre 1967 y 1971 fueron asignadas las partidas siguientes:

1967	\$ 39,789
1968	842,000
1969	671,000
1970	682,000
1971	682,000

Total: \$2,916,789