



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

118.^a Reunión
Washington, D.C.
Junio de 1996

Tema 4.8 del programa provisional

CE118/16 (Esp.)
6 mayo 1996
ORIGINAL: INGLÉS

**ESTUDIO SOBRE LA FACTIBILIDAD DE LA ERRADICACIÓN
DE *Aedes aegypti***

En 1991, frente al deterioro que presentaba la situación del dengue y el aumento notable que estaba teniendo el dengue hemorrágico en la Región, la OPS convocó un grupo de expertos al que encomendó elaborar normas para el establecimiento de programas eficaces de control de ambas enfermedades. Esas normas se difundieron ampliamente y están aplicándose en la Región. La situación siguió deteriorándose, y en 1995 la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, al considerar la respuesta que conviene dar a las enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes, resolvió pedir al Director que estableciera "de inmediato un grupo técnico para estudiar la factibilidad, oportunidad y conveniencia de elaborar un plan continental para la erradicación de *Aedes aegypti* como medio eficaz para controlar el dengue y la fiebre amarilla urbana en las Américas". Se estableció un grupo de estudio que se reunió en abril de 1996. Sus miembros estuvieron de acuerdo en que, frente a la situación epidemiológica actual, era oportuno y conveniente considerar la elaboración de un plan continental. La mayoría de los miembros también creía que era factible hacerlo.

Se solicita al Comité Ejecutivo que examine este informe y formule al Consejo Directivo sus recomendaciones sobre cómo puede proceder la Secretaría.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Introducción	4
2. Antecedentes históricos	4
3. Situación actual	6
3.1 Situación epidemiológica	6
3.2 Actividades de prevención y control	6
3.3 Programas actuales contra <i>Aedes aegypti</i>	6
4. Recomendaciones del Grupo de Estudio	9
Cuadros	11
Figuras	14

RESUMEN EJECUTIVO

En 1991, frente al deterioro que presentaba la situación del dengue y al aumento notable que estaba teniendo el dengue hemorrágico en la Región, la OPS convocó un grupo de expertos al que encomendó elaborar normas para el establecimiento de programas eficaces de control de ambas enfermedades. Esas normas se difundieron ampliamente y están aplicándose en varios países de las Américas. Como la situación siguió empeorando, en septiembre de 1995 el Consejo Directivo de la OPS pidió al Director que estableciera "de inmediato un grupo técnico para estudiar la factibilidad, oportunidad y conveniencia de elaborar un plan continental para la erradicación de *Aedes aegypti* como medio eficaz para controlar el dengue y la fiebre amarilla urbana en las Américas". Se estableció un grupo que, después de la preparación de material de apoyo por la Secretaría, se reunió en la Fundación Oswaldo Cruz, en Río de Janeiro, del 16 al 18 de abril de 1996.

El Grupo de Estudio felicitó al Gobierno del Brasil por la audaz iniciativa de proponer la erradicación de *A. aegypti* en ese país para eliminar el dengue y el dengue hemorrágico.

Los miembros del Grupo de Estudio estuvieron de acuerdo en que, si bien es oportuno y apropiado considerar la elaboración de un plan continental de erradicación, se deben analizar ciertas dificultades fundamentales en cuanto a la factibilidad de elaborar dicho plan. La mayoría de los miembros estuvieron de acuerdo en que actualmente es posible superar esas dificultades y que era factible elaborar un plan continental de erradicación. Algunos miembros en desacuerdo creían que faltaban ciertos factores cruciales, a saber: una estrategia de erradicación o modelo de eficacia comprobada, la posibilidad de la cobertura universal y el compromiso internacional.

1. Introducción

En años recientes se ha prestado considerable atención a la grave amenaza planteada por las enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes. La magnitud del problema se pone de relieve por la aparición de varios agentes patógenos nuevos que causan enfermedades de notable gravedad, y también por el resurgimiento de agentes patógenos viejos que han reaparecido y están teniendo una considerable repercusión en las Américas. Uno de ellos es el virus del dengue, que se propaga ampliamente y se ha convertido en un problema importante en el continente americano.

El marco de referencia fundamental para la erradicación de especies en las Américas surgió en 1947, cuando la I Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (el nombre que a la sazón tenía la actual OPS) aprobó una resolución que establecía la política de la erradicación continental de *Aedes aegypti* y dejaba el desarrollo del programa bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Después de los éxitos notables logrados en los años cincuenta y sesenta, el programa vino a menos y ahora están infestados todos los países americanos, con la excepción de Bermuda, Canadá, Chile y Uruguay. Desde principios de los años ochenta ha habido un aumento notable del dengue y el dengue hemorrágico en la Región. Además, dado que el mosquito vector es el mismo, existe la amenaza potencial de transmisión de la fiebre amarilla urbana.

2. Antecedentes históricos

El tema de la erradicación de *A. aegypti* en las Américas se ha debatido al menos desde los años veinte. En 1934 se aprobó en Brasil, aunque no oficialmente, una propuesta para la erradicación de *A. aegypti*. En 1942 el Gobierno del Brasil aprobó oficialmente la erradicación de *A. aegypti*. Durante la I Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires en octubre de 1947, se analizó el informe de un subcomité (formado por Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay) con respecto al plan de erradicación continental de *A. aegypti* propuesto por Brasil. El Consejo Directivo apoyó la propuesta y resolvió encomendar a la OSP la solución del problema continental y desarrollar el programa bajo sus auspicios. De ese modo, la erradicación continental se convirtió en política oficial.

La campaña continental fue organizada por la OSP, y su éxito se reflejó en el hecho de que, para 1962, 18 países de tierra firme y varios países insulares del Caribe habían logrado la erradicación (figura 1).

Las razones del éxito de la erradicación fueron las siguientes:

- Financiamiento nacional y externo suficiente, que permitió contar con personal calificado, equipo e insecticidas.
- Las prioridades del país se tradujeron en voluntad política.
- Cobertura total de las zonas infestadas mediante programas de duración limitada.
- El uso del DDT para la pulverización perifocal de los criaderos de mosquitos.
- Programas simplificados, semiautónomos, separados de los programas de salud nacionales.
- Programas centralizados, de estructura vertical, con una organización de tipo militar y líneas claras de mando, supervisión estricta y mucha disciplina. La participación comunitaria ocurrió, pero fue limitada y asistemática.

Lamentablemente, después de 1962 tan solo otros tres países o territorios eliminaron el vector. Lo más grave, sin embargo, fue que los países que habían logrado la erradicación comenzaron a reinfestarse en los años sesenta. No todos los países del continente habían estado dispuestos a erradicar *A. aegypti*. Los países que todavía estaban infestados (Estados Unidos de América, Cuba, Venezuela y varios países del Caribe) se convirtieron en fuentes de reinfestación para aquellos que habían erradicado el vector.

De 1947 a 1985, el Consejo Directivo aprobó innumerables resoluciones en cuanto a la erradicación de *A. aegypti*.

Con el transcurso del tiempo, en la mayor parte de los países que lograron la erradicación, los programas contra *A. aegypti* perdieron importancia política y la vigilancia de la reinfestación descendió gradualmente hasta que las reinfestaciones pequeñas ya no podían detectarse. Además, cuando se descubría una reinfestación, la estructura centralizada del programa determinaba que la respuesta fuese tardía, y los recursos para eliminarla antes de que pudiese propagarse tendían a ser insuficientes, aunque el control todavía era posible (figura 2). En 1985 la XXXI Reunión del Consejo Directivo aprobó una resolución sobre el control o la erradicación de *A. aegypti*, que se interpreta como el fin de la política de erradicación del vector en la Región.

Las campañas contra *A. aegypti* emprendidas en el continente americano también erradicaron la fiebre amarilla urbana de este hace varios decenios. Sin embargo, la difusión progresivamente mayor de este vector observada en las Américas desde los años setenta, incluidos los centros urbanos ubicados en zonas enzoóticas y epizoóticas de fiebre amarilla selvática, ha creado nuevamente la posibilidad de reaparición de la fiebre amarilla urbana en la Región (figura 3).

3. Situación actual

3.1 Situación epidemiológica

Los cuadros 1 y 2 muestran los países infestados con *A. aegypti*, el tamaño de la zona infestada, la población en riesgo y la incidencia de dengue y dengue hemorrágico.

El brote grave de fiebre amarilla selvática que en 1995 afectó al Perú en las cercanías de centros urbanos infestados con *A. aegypti* pone de relieve que la urbanización de la enfermedad es una amenaza verdadera. El riesgo es potencialmente mayor debido a la presencia de *Aedes albopictus* en Bolivia, Estados Unidos de América, Guatemala, México y República Dominicana. Esta es una especie exótica que invadió las Américas a mediados de los años ochenta. Los estudios de laboratorio revelan que *A. albopictus* puede transmitir el virus de la fiebre amarilla. Como esta especie puede reproducirse en el ambiente doméstico y en los bosques, podría servir como un puente entre los ciclos selvático y urbano de la fiebre amarilla. Existe la posibilidad concreta de que *A. albopictus* infeste las zonas enzoóticas de fiebre amarilla en un futuro próximo, lo cual aumentará el riesgo de urbanización de la fiebre amarilla. Aunque se cuenta con una vacuna eficaz contra la fiebre amarilla, su cobertura es baja en la mayor parte de las zonas enzoóticas y prácticamente nula en las zonas no enzoóticas infestadas por *A. aegypti* y *A. albopictus*.

3.2 Actividades de prevención y control

Un programa de control del dengue y *A. aegypti* debe ejecutarse de manera integrada e incluir los siguientes componentes: vigilancia epidemiológica; educación de la comunidad médica; vigilancia entomológica; y lucha antivectorial integrada, que es la combinación lógica de todos los métodos disponibles de control de la manera más eficaz, económica y segura, para reducir la población de *A. aegypti* a límites aceptables. Los métodos de lucha antivectorial incluyen ordenamiento del medio, control químico y control biológico. Un programa de control como este necesita mantenerse indefinidamente si se quieren obtener buenos resultados.

3.3 Programas actuales contra *Aedes aegypti*

En preparación para la reunión del Grupo de Estudio, un grupo de trabajo internacional preparó un cuestionario para obtener información de todos los países de las Américas sobre la factibilidad, oportunidad y conveniencia de las campañas de erradicación. La erradicación se consideró como la eliminación total de todas las etapas del mosquito (adultos, pupas, larvas y huevos) de cada recipiente en todos los locales de cada zona infestada. Tiene que haber cobertura total de todas las zonas infestadas y potencialmente infestadas, tanto para la erradicación del mosquito como para la

comprobación de la erradicación. Una vez que la erradicación se logre en cada zona, la vigilancia adecuada contra la reinfestación tendrá que seguir indefinidamente.

Los datos que se presentan a continuación provienen de los 28 países que respondieron. No se han recibido los cuestionarios de Belice, Brasil, Guatemala y Haití. Las respuestas de los cuestionarios no coincidieron siempre con los informes oficiales del gobierno, pero se presentan aquí sin modificación.

3.3.1 Aspectos entomológicos

Con las excepciones de Bermuda, Canadá, Chile y Uruguay, todos los países de las Américas están reinfestados con *A. aegypti*. Este mosquito se ha encontrado en criaderos naturales (huecos de árboles, axilas de las hojas) en 19 países, y se ha encontrado a una distancia hasta de 500 metros de viviendas humanas y a una altitud hasta de 1.800 metros sobre el nivel del mar. En ocho países hay infestación en zonas sin acceso terrestre o fluvial. En 12 países hay infestación en lugares de acceso difícil o peligroso debido a problemas sociales (por ejemplo, conflicto armado, barrios pobres). El negar la entrada de los trabajadores de salud en las casas es poco común en la mayoría de los países (0% a 3%), pero en algunas zonas llega a 30% (Ecuador).

A. albopictus se encuentra actualmente en Bolivia, Brasil, Estados Unidos de América, Guatemala, México y República Dominicana. En 19 países hay un sistema de vigilancia de *A. albopictus*, y en 16 países las larvas de los recipientes se identifican con un microscopio bacteriológico.

3.3.2 Aspectos epidemiológicos

Durante los últimos cinco años ha habido un aumento del número total de casos y defunciones por dengue y dengue hemorrágico. En 1995, se notificaron un total de 274.422 casos de dengue, 7.715 casos de dengue hemorrágico y 104 defunciones (datos provisionales). Un total de 522 casos de fiebre amarilla selvática se notificaron en Bolivia (15 casos), Brasil (4), Colombia (3), Ecuador (1) y Perú (499).

3.3.3 Aspectos económicos

El gasto per cápita de los programas contra *Aedes* es alto en el Caribe (promedio, US\$ 2,03 per cápita; máximo, \$4,70), intermedio en Centroamérica y México (promedio, \$0,57; máximo, \$1,94) y bajo en América del Sur (promedio, \$0,29; máximo, \$0,65). El cuadro 3 muestra el gasto de diferentes países en 1995.

3.3.4 Aspectos operativos

En 21 países hay un programa activo contra *A. aegypti*: en 19 países es un programa de control, y en dos países (Cúba y Trinidad y Tabago), de erradicación. Seis países tienen un programa de estructura vertical; nueve países, descentralizado; y en seis el programa se halla en proceso de descentralización. En la zona del Caribe está apareciendo resistencia a varios insecticidas empleados en el control de *Aedes* (temefós, malatión, lambda-cihalothrina).

3.3.5 Aspectos legales

En 13 países hay legislación para el establecimiento de un programa contra *Aedes*. En 15 países hay leyes para permitir la entrada del personal de campo en las casas. Ocho países imponen multas a las personas o establecimientos que tienen criaderos potenciales o efectivos en sus locales. En cuatro países hay leyes que prohíben la importación de neumáticos usados. Seis países exigen el tratamiento de los neumáticos usados en el punto de origen. La desinsectación de las aeronaves que llegan de las zonas infestadas se practica en 14 países. La notificación de los casos de dengue es obligatoria en 21 países.

3.3.6 Aspectos políticos

En 21 países se dice que la lucha contra el dengue es una prioridad de la política sanitaria nacional. En 15 países, se informa que la erradicación es compatible con las políticas y planes de salud nacionales. Doce países consideran que un programa de erradicación es factible, oportuno y conveniente para ellos. Piensan que la estructura de tal programa debe ser descentralizada (15 países), vertical (cuatro países) o de "otro tipo" (dos países). Solo dos países (Argentina y Trinidad y Tabago) dijeron que preveían la conversión de su programa a un programa de erradicación, y solo un país (Cuba) dijo que tenía recursos suficientes para la erradicación. Los tipos posibles de financiación externa indicada fueron donaciones (siete países) y una combinación de donaciones y préstamos (ocho países).

En reuniones recientes, ciertos países han hecho declaraciones en cuanto a sus programas futuros. En el Seminario-Taller Centroamericano sobre Estrategias para la Prevención y el Control del Dengue y el Dengue Hemorrágico celebrado en Guatemala (mayo de 1995), los siete países de Centroamérica eligieron la estrategia de control sobre la de erradicación. En la reunión de los países del Cono Sur, que tuvo lugar en Paraguay en abril de 1996, los representantes de Argentina, Bolivia y Paraguay declararon que sus países emprenderían programas de erradicación, y los representantes de Perú dijeron que su país seguiría con su programa de control.

4. Recomendaciones del Grupo de Estudio

El acuerdo unánime de los miembros del Grupo de Estudio fue que es oportuno y conveniente considerar la elaboración de un plan continental para la erradicación de *A. aegypti*, porque este mosquito sigue propagándose a nuevas zonas y la incidencia de dengue y dengue hemorrágico sigue aumentando en las Américas (figura 4). Como Brasil ha elaborado un plan nacional, este es el momento apropiado para que otros países consideren la conveniencia de aliarse para emprender una iniciativa continental coordinada.

Los miembros del Grupo de Estudio estuvieron de acuerdo en que, a fin de determinar la factibilidad de elaborar un plan continental para la erradicación de *A. aegypti*, es preciso considerar las siguientes dificultades fundamentales:

- a) *Magnitud del problema*: La extensión geográfica de las zonas infestadas, el tamaño de la población urbana afectada, la penetración de la infestación en las zonas rurales y el número de recipientes por local son en la actualidad mayores que durante las primeras campañas de erradicación de los años cincuenta y sesenta. La magnitud del problema debe definirse claramente.
- b) *Estrategia de erradicación*: La erradicación requiere la cobertura universal de cada municipio, cada edificio y vivienda, y cada envase en las zonas infestadas. Las campañas de erradicación originales que lograron eliminar *A. aegypti* de 21 países se estructuraron verticalmente y se supervisaron rigurosamente. La mayor parte de los países americanos consideran que los futuros programas de erradicación deben descentralizarse. Aun así, *A. aegypti* nunca se ha erradicado de un país con un programa descentralizado. La eficacia de cualquier estrategia nueva de erradicación tendrá que demostrarse mediante proyectos piloto.
- c) *Costo*: El costo de las futuras iniciativas de erradicación probablemente será mucho mayor que el de las campañas anteriores y el de los programas de control vigentes. Es preciso hacer cálculos realistas de los costos necesarios para lograr la meta, así como identificar fuentes nacionales e internacionales de fondos. Debe señalarse que los programas con grandes componentes de saneamiento ambiental reportarán beneficios de salud y calidad de la vida además de la erradicación o el control de *A. aegypti*.
- d) *Voluntad política*: A medida que los gobiernos y los funcionarios públicos cambian, también cambian las prioridades de salud. Para que la erradicación sea mantenida, la vigilancia posterior contra la reinfestación deberá continuar sin interrupción en forma indefinida.

e) *Coordinación internacional:* Para llevar a cabo la erradicación continental, todos los países de las Américas, así como las autoridades europeas encargadas de ciertos territorios en las Américas, tendrán que ponerse de acuerdo sobre la necesidad de la erradicación. No todos los países erradicaron *A. aegypti* durante las campañas anteriores, y es posible que muchos de esos mismos países decidan no emprender un programa de erradicación en el futuro. Además, *A. aegypti* está presente en gran número en Asia, cosa que plantea el riesgo de la reinfestación a partir de esa región.

La mayoría de los miembros del Grupo de Estudio estuvieron de acuerdo en que las dificultades fundamentales recién enumeradas se han resuelto o se podrán resolver en el futuro próximo y en que es factible redactar un plan de erradicación. Los miembros que no estuvieron de acuerdo pensaban que no se habían superado algunos de esos escollos, a saber: contar con una estrategia o modelo de erradicación de eficacia comprobada, la posibilidad de la cobertura universal y el compromiso internacional.

El Grupo de Estudio también recomendó que la OPS examine la lista de las dificultades fundamentales y presente una actualización y un informe de situación a los Estados Miembros.

Finalmente, el Grupo de Estudio expresó su reconocimiento y felicitación al Gobierno del Brasil por la audaz iniciativa que ha tomado al proponer la erradicación de *A. aegypti* para eliminar el dengue y el dengue hemorrágico en ese país. El plan es descentralizado e incluye un gran componente de saneamiento ambiental. Se insta al Gobierno del Brasil a que siga adelante con esa iniciativa, que documente los adelantos logrados y que mantenga informados a otros países.

Cuadro 1: Infestación por *Aedes aegypti* en las Américas, 1995

País o territorio	Extensión (km ²)		No. de habitantes		No. de casas	
	País	Zona infestada*	País	Zona infestada*	País	Zona infestada*
Centroamérica y América del Norte						
Costa Rica	50.900	40.720	3.392.075	996.700	678.415	28.156
El Salvador	21.041	782	5.405.013	1.767.565	1.236.188	333.503
Honduras	112.492	67.495	5.547.658	3.605.978	906.698	90.670
México	1.967.183	320.560	91.852.474	19.988.371	18.297.306	3.188.856
Nicaragua	121.428	98	4.139.486	-	722.280	-
Panamá	75.517	33.084	2.400.000	1.922.673	597.058	452.880
Estados Unidos	2.000.021	-	76.467.421	-	-	-
Caribe						
Bermuda	21	-	60.000	-	26.000	-
Cuba	110.992	4.237	11.000.000	419.887	3.302.557	552.373
Dominica	771	-	71.994	64.795	20.000	3.600
Rep. Dominicana	48.000	-	-	2.096.640	5.600	181
Granada	344	344	95.600	-	35.554	-
Montserrat	104	69	10.639	-	6.300	6.300
Nevis	93	-	9.004	10.639	2.891	278
Puerto Rico	8.960	5.376	3.500.000	-	700.000	-
Saint Kitts	176	3	34.000	-	33.500	-
San Vicente y las Granadinas	388	388	110.000	12.605	271.871	-
Trinidad y Tabago	5.128	-	1.234.388	-	-	-
América del Sur						
Argentina	2.780.40	35.000	32.608.687	15.000.000	10.096.875	-
Brasil	8.511.965	865.000	161.790.000	56.000.000	32.200.000	11.200.000
Bolivia	1.098.581	358.987	6.420.792	1.470.740	1.701.142	1.660
Colombia	1.141.748	689.339	35.886.280	15.245.071	-	-
Ecuador	272.045	18.150	10.990.000	6.205.691	715.802	-
Paraguay	406.752	406.752	4.152.588	4.152.588	855.547	-
Perú	1.285.216	273.081	23.029.603	1.726.270	4.605.920	345.254
Venezuela	912.050	911.930	21.644.121	1.515.905	4.328.824	303.181

* Estimado

Cuadro 2: Población en riesgo e incidencia de dengue y dengue hemorrágico (DH) en las Américas, 1995

País o territorio	Población total	Población en riesgo	Casos de dengue y DH	Serotipos	Tasa/ 100.000	Casos de DH (defunciones)	Razón DH/ dengue
México	91.852.474	19.988.371	11.604	1, 2, 4	58.1	355 (29)	1:33
Costa Rica	3.392.075	996.700	5.134	1, 3	515.1	1	1:5.134
El Salvador	5.405.013	1.767.565	9.658	1, 2, 3, 4	546.4	129 (5)	1.75
Guatemala	9.744.627	9.744.627	3.644	1, 2, 4	37.4	1	1:3.644
Honduras	5.547.658	3.605.978	27.560	1, 2, 3, 4	764.3	35	1:787
Nicaragua	7.139.486	4.139.486	19.260	1, 2, 3	456.3	806	1:24
Panamá	2.400.000	1.992.672	3.083	1, 3	154.7	3 (1)	1:1 028
Puerto Rico	3.500.000	2.096.640	6.765	1, 2, 4	322.6	24 (2)	1:282
Antigua y Barbuda	59.355	N.O.	56	1	94.3	0	-
Barbados	260.491	N.O.	674	1	258.7	2 (1)	1:337
Belice	44.039	N.O.	107	N.O.	243.0	0	-
Dominica	71.994	64.795	293	1, 2	452.2	11	1:27
Rep. Dominicana	7.600.000	N.O.	1.787	N.O.	23.5	33 (2)	1:54
Granada	95.600	95.600	83	1	86.8	1	1:83
Jamaica	2.366.067	N.O.	1.588	2	67.1	88 (3)	1:18
Montserrat	10.639	10.639	75	N.O.	704.9	0	-
Saint Kitts y Nevis	43.004	23.244	27	N.O.	116.2	0	-
Guayana Francesa	115.000	N.O.	896	1, 4	779.1	1	1:896
Brasil	161.790.000	56.000.000	124.887	1, 2	223.0	105 (2)	1:1189
Bolivia	6.420.792	1.470.740	N.O.	N.O.	-	N.O.	-
Colombia	35.886.280	15.245.071	18.398	N.O.	120.7	733 (10)	1:25
Ecuador	10.990.000	6.205.691	2.899	1	46.7	0	-
Perú	23.029.603	1.726.270	2.732	1, 2	158.3	0	-
Venezuela	21.644.121	1.515.905	32.280	1, 2, 4	2129.4	5380 (43)	1:6
Argentina	32.608.687	15.000.000	N.O.	N.O.	-	N.O.	-
Paraguay	4.152.588	4.152.588	N.O.	N.O.	-	N.O.	-

* Tasas calculadas tomando como base la población en riesgo, cuando se conoce esta información

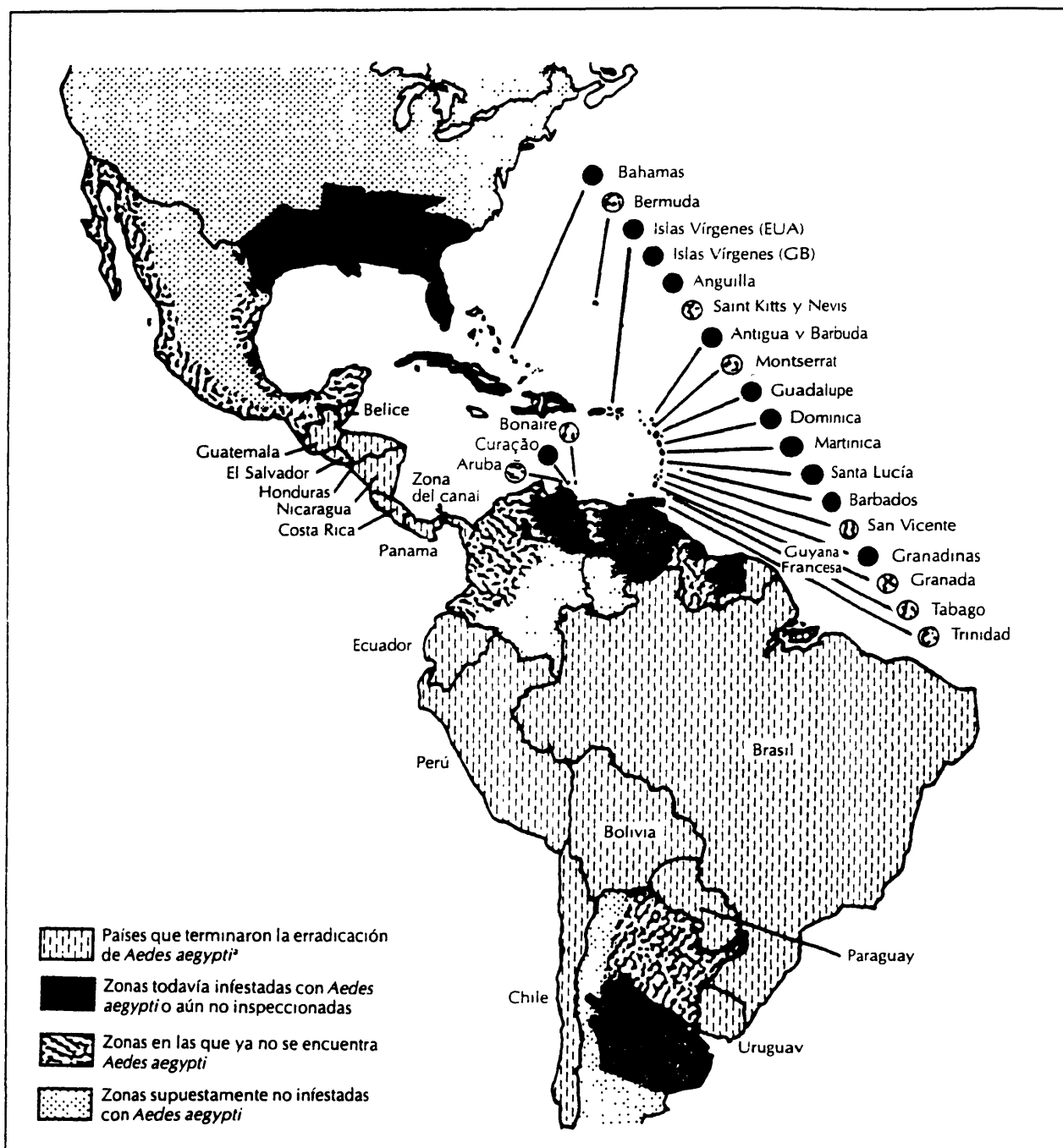
N.O.: no se obtuvo

**Cuadro 3: Gastos en las actividades de control del dengue
en los países de las Américas, 1995**

Países y territorios		US\$
México	1)	3.000.000
Belice	2)	90.000
Costa Rica	2)	1.500.000
El Salvador	2)	1.000.000
Guatemala	2)	2.100.000
Honduras	2)	1.000.000
Nicaragua	2)	500.000
Panamá	2)	1.294.000
Cuba	1)	20.884.658
Dominica	1)	41.000
Rep. Dominicana	2)	231.000
Puerto Rico	1)	1.159.342
Montserrat	1)	50.000
San Vicente y las Granadinas	1)	132.080
Argentina	3)	5.950.000
Bolivia	3)	250.000
Brasil	3)	58.591.825
Chile	3)	12.000
Colombia	3)	3.610.490
Ecuador	1)	1.034.483
Paraguay	3)	185.000
Perú	3)	1.200.000
Uruguay	3)	10.000
Total		103.825.798

- 1) Datos obtenidos de la encuesta hecha por la OPS
- 2) Hasta el 30 de agosto de 1995
- 3) Datos obtenidos del documento OPS/HPC/HCT/96.066

Figura 1. ESTADO DE LA CAMPAÑA DE ERRADICACIÓN DE AEDES AEGYPTI, ABRIL DE 1962



*Erradicación llevada a cabo conforme a las normas establecidas por la Organización Panamericana de la Salud

Figura 2. DISTRIBUCIÓN DEL AEDES AEGYPTI EN LAS AMÉRICAS

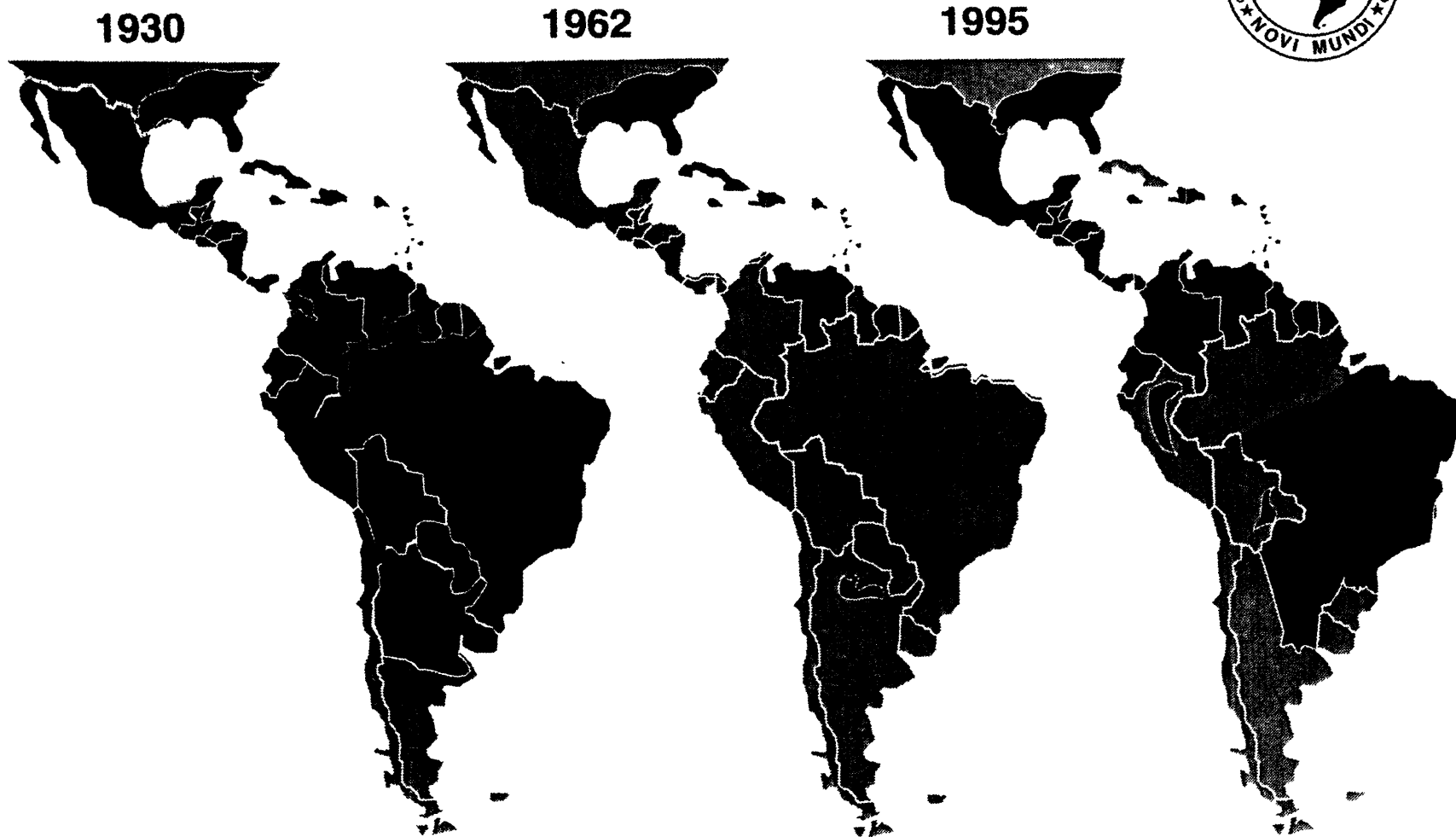


Figura 3. ÁREAS ENZOÓTICAS Y EPIZOÓTICAS DE FIEBRE AMARILLA E INFESTADAS CON AEDES AEGYPTI EN AMÉRICA DEL SUR



Figura 4. FIEBRE HEMORRÁGICA DEL DENGUE EN LAS AMÉRICAS, 1995*

1968 - 1980
5 ** países: 60 CASOS



1981 - 1995
24 países: 37.030 CASOS



* Datos provisionales, Marzo 1996

** Cuatro de esos países también notificarán casos de FHD durante 1981-95