

consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.  
Octubre 1961

comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XIII Reunión

CD13/18 (Esp.)  
23 agosto 1961  
ORIGINAL: INGLES

Tema 25: ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS

1. Introducción

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958), después de estudiar en detalle el problema, declaró que la erradicación de la viruela es una necesidad urgente en los países del Hemisferio Occidental y recomendó, entre otras cosas, el desarrollo de programas nacionales de erradicación en donde la enfermedad existe. Al mismo tiempo, encomendó a la OSP/OMS adelantar los estudios necesarios para preparar una definición de erradicación de la viruela de aplicación universal.

La 11a Asamblea Mundial de la Salud (Nueva Delhi, 1961) en Resolución WHA11.40, vuelve a urgir a los países que no han iniciado todavía programas de erradicación, que lo hagan a la mayor brevedad. El texto de la Resolución se acompaña como Anexo I.

El XII Consejo Directivo de la OSP/OMS (Habana, Cuba, 1960), luego de considerar el informe presentado por el Director sobre la situación de la viruela en las Américas, acordó expresar su satisfacción ante el éxito obtenido por varios Gobiernos Miembros al eliminar la viruela de sus territorios y por el desarrollo de campañas nacionales de vacunación en otros países que permiten prever la desaparición de la enfermedad en un futuro no lejano; reiterar el llamamiento hecho a los Gobiernos de los países en donde aun existe la viruela y no hay programas nacionales de erradicación, para que intensifiquen sus esfuerzos a fin de que esos programas sean puestos en marcha a la mayor brevedad posible; recomendar a los Gobiernos Miembros que presten especial atención al mantenimiento de índices adecuados de inmunidad en la población, a fin de consolidar los éxitos obtenidos; recomendar a los Gobiernos Miembros que provean a los servicios de salud pública de las facilidades necesarias para el diagnóstico de laboratorio en casos sospechosos de viruela, lo cual resulta cada vez más importante a medida que avanzan las etapas de los programas de erradicación y llamar la atención a los Gobiernos Miembros acerca de la importancia de la correcta aplicación de las medidas especiales que sobre viruela prevé el Reglamento Sanitario Internacional.

Teniendo en consideración el interés de los Cuerpos Directivos de la Organización por el problema de la viruela y la importancia que éste tiene para la salud pública de las Américas, el Director ha considerado conveniente presentar el siguiente informe a la consideración de la XIII Reunión del Consejo Directivo.

## 2. Criterio de erradicación de la viruela

En cumplimiento del mandato de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana la Oficina realizó los estudios y consultas necesarias para establecer un criterio de erradicación de la viruela. Con el propósito de que tenga aplicación universal, se ha mantenido estrecho contacto con la Organización Mundial de la Salud, cuyo concurso nos ha sido dado y con su conocimiento y acuerdo presentamos a la consideración de este Consejo Directivo el siguiente criterio de erradicación de la viruela:

"Desde un punto de vista práctico, los países en donde la viruela ha tenido carácter endémico, podrán considerar erradicada la enfermedad cuando no ocurran nuevos casos de viruela durante los tres años que siguen al término de una campaña adecuada de vacunación.

Si bien las condiciones particulares de los distintos países pueden determinar cambios en la forma de conducir los programas de vacunación, se acepta generalmente que la vacunación correcta del 80% de cada uno de los sectores de la población, dentro de un período no mayor de cinco años, da como resultado la desaparición de la viruela.

Los países que han erradicado la viruela deberán adoptar medidas para mantener esa erradicación, sea mediante un programa permanente de inmunización, sea por la aplicación combinada de medidas de aislamiento e inmunización en caso de que la enfermedad sea reintroducida en el país. Se recomienda a los países sometidos a un alto riesgo de introducción de la viruela, por ejemplo, cuando la enfermedad es endémica en países vecinos, que traten de mantener un nivel adecuado de inmunidad en la población por medio de: (a) vacunación de los nuevos miembros de la población y (b) revacunación periódica de la población, especialmente en los sectores más expuestos.

Dado el volumen creciente del tránsito internacional y mientras la erradicación de la viruela no alcance carácter universal, se recomienda se apliquen con estrictez las disposiciones correspondientes del Reglamento Sanitario Internacional, como una medida de protección en favor de los países libres de la enfermedad".

## 3. Extensión del problema

Durante el último decenio y hasta mediados de 1961, se notificaron 74,573 casos de viruela (Cuadro A) a la Oficina Sanitaria Panamericana.

A partir de 1951, el número total de casos se mantiene más o menos a un mismo nivel hasta 1954, año en que ocurre un alza de consideración, para luego disminuir progresivamente hasta 1958 y volver a subir en adelante.

En 1951 quince países y territorios notificaron casos de viruela, siete en 1960 y sólo cinco en los primeros ocho meses de 1961.

Con el desarrollo de programas nacionales de vacunación antivariólica la viruela desapareció o tiende a desaparecer en forma rápida de aquellas áreas en donde anteriormente revistió carácter endémico y se conserva sólo en los países que todavía no inician los correspondientes programas de erradicación o que, luego de iniciarlos, los han interrumpido o no les han continuado prestando la atención que ellos merecen.

Según se observa en el Cuadro A, a partir de 1960 la viruela se concentra en un número limitado de países y es así como, desde igual fecha, Brasil y Ecuador constituyen los dos grandes focos de la enfermedad en el continente americano.

Con excepción de Panamá, donde en 1958 hubo ocho casos de viruela, en los países y territorios de Centroamérica y área del Caribe la enfermedad no ha existido en los últimos siete años. Como consecuencia del bajo número de vacunaciones antivariólicas practicadas, la mayor parte de la población de esta región es susceptible a la enfermedad.

Los países que terminaron con éxito los programas de erradicación deben continuar en sus esfuerzos a fin de mantener los porcentajes de población inmunizada alcanzados durante los mismos. Esto no está ocurriendo en un número importante de países, por lo que se ha considerado conveniente llamar la atención sobre este punto. Esta medida será necesario mantenerla mientras existan focos de viruela en el continente, ya que el estado de interdependencia en que viven los países y las condiciones actuales de transporte y de comercio hacen perfectamente posible que la enfermedad pueda exportarse a los países que ya la eliminaron, muy en especial si son limítrofes.

#### 4. Estado actual del programa

La Organización ha continuado estimulando y cooperando con los Gobiernos Miembros en el planeamiento de programas de erradicación de la viruela mediante campañas de vacunación que puedan incorporarse, oportunamente, a la estructura general de los servicios nacionales de salud pública. Se ha proporcionado asesoramiento técnico en la producción de vacuna antivariólica y suministrado equipos para preparar vacuna desecada. En otros casos se facilitó la adquisición de vacuna lista para su uso, se proveyeron los servicios de consultores especializados en el desarrollo de campañas de vacunación y becas para el adiestramiento del personal nacional. Finalmente, los Gobiernos tienen a su disposición los servicios de un laboratorio acreditado para determinar la pureza y actividad de las vacunas preparadas por los laboratorios nacionales.

El Cuadro B presenta la información más reciente llegada a la Oficina con respecto a las vacunaciones efectuadas en 1960 y primeros ocho meses de 1961; y el Cuadro C, la correspondiente a la producción de vacuna en igual año y primer semestre de 1961.

A continuación se presenta un resumen del estado de las actividades desarrolladas por los países miembros.

#### ARGENTINA

Un programa de vacunación antivariólica, producto de la cooperación entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales y que se propone alcanzar al 80% de la población de 14 Provincias, se inició en 1960. Durante el año 1960 se vacunaron 1,608,597 personas y se notificaron 64 casos de viruela. Para igual período, la producción de vacuna antivariólica glicerinada fue de 6,600,000 dosis. En el primer semestre de 1961 el número de vacunaciones alcanzó a 2,337,266 y la producción de vacuna glicerinada a 11,418,100 dosis. Hasta agosto de 1961 el número de casos de viruela notificados alcanza a 4.

#### BOLIVIA

Por razones de orden económico, un programa nacional de vacunación antivariólica que se inició en 1957 y que debía alcanzar al 80% de la población total del país, se interrumpió en diciembre de 1959 luego de haberse vacunado 2,758,567 personas y faltando todavía por hacerlo en un número de provincias que reúnen alrededor de 660,000 habitantes. Es de urgencia completar el programa.

El laboratorio para preparar vacuna desecada, cuyo equipo fue proporcionado por la Organización, produjo 310,000 dosis en 1960 y 315,000 en el primer semestre de 1961; además, en este último período, 1,376,640 dosis de vacuna glicerinada.

Durante 1960 se notificó 1 caso de viruela. El número de personas vacunadas fue de 42,603 en 1960 y 14,202 en la primera mitad de 1961.

#### BRASIL

La viruela tiene carácter endémico en Brasil, con frecuentes brotes epidémicos de variada intensidad. Durante el año 1960 las capitales de los Estados notificaron 2,278 casos. La ciudad de Rio de Janeiro declaró 552 enfermos de viruela en los primeros ocho meses del año en curso.

La Organización ha facilitado equipos para la producción de vacuna desecada a los Estados de Rio Grande do Sul y Pernambuco. Con igual propósito se entregó equipo adicional para ampliar el laboratorio del Instituto Oswaldo Cruz. Se otorgó una beca a un profesional médico para visitar centros científicos de producción de vacuna desecada.

El número de vacunaciones antivariólicas practicadas durante 1960 alcanzó a 4,910,091. Para el mismo año la producción de vacuna glicerinada fue de 11,792,304 dosis y de 889,700 para la desecada.

#### CHILE

El programa normal de vacunación antivariólica consistente en la vacunación de todos los lactantes e inmigrantes y la revacunación, cada 5 años, del 20% de la población, está a cargo de los servicios locales de salud pública. Durante el año 1960 y primer semestre de 1961, se vacunaron 1,276,000 y 131,966 personas, respectivamente.

El Instituto Bacteriológico, al cual la Organización proporcionó equipo adicional en 1958, produjo 960,000 dosis de vacuna glicerinada y 530,000 de vacuna desecada en 1960. En la primera mitad de 1961, la producción ha sido de 700,000 dosis de vacuna glicerinada y 200,000 de vacuna desecada.

#### COLOMBIA

El programa nacional de vacunación antivariólica que Colombia inició en octubre de 1955 y que debe alcanzar al 80% de los habitantes del país, está próximo a su término. La población estimada de Colombia, para julio de 1961, es de 14,446,580 habitantes; corresponde vacunar, por tanto, 11,557,264 personas. Hasta abril de 1961 se habían vacunado, en un trabajo casa por casa, 10,580,118 personas, lo que representa el 80% de la población total del país. Del total de vacunaciones efectuadas, 4,259,249 han sido primovacunas y 6,320,869 revacunaciones. Aún faltan por vacunar los habitantes de 5 Departamentos (La Guajira, Magdalena, Arauca, Meta, Vichada y Vaupes) que, pese a que tienen una densidad de población baja, es imprescindible hacerlo a fin de lograr que, por lo menos, el 80% de la población de las distintas áreas geográficas del país esté inmunizada contra la viruela.

El número de casos de viruela notificados en 1960 fue de 209 y sólo 15 en los ocho primeros meses de 1961. Estas cifras muestran con claridad los benéficos resultados obtenidos con el programa de erradicación de la viruela, más todavía si se toma en consideración que la dirección del programa ha adoptado las precauciones necesarias para asegurar el descubrimiento y notificación temprana de los nuevos casos que ocurren, los cuales son objeto de un estudio clínico y epidemiológico detenido.

Resta organizar las actividades de vigilancia que, con carácter permanente, deben seguir al término del programa intensivo de vacunación antivariólica, como también establecer los mecanismos y procedimientos que se utilizarán para mantener los índices de población inmunizada alcanzados durante el programa. Este último punto es de capital importancia para Colombia dada su proximidad con áreas en donde la viruela todavía tiene carácter endémico.

El Instituto Samper Martínez, al cual el UNICEF proveyó equipo de laboratorio para preparar vacuna desecada, produjo 2,473,240 dosis en 1960 y 1,063,312 en el primer semestre de 1961.

La Organización ha colaborado con el Gobierno de Colombia en el curso de este programa de erradicación de la viruela mediante los servicios de un consultor permanente con vasta experiencia en la organización y desarrollo de este tipo de programas; también mediante los servicios de un consultor especializado en producción de vacuna antivariólica desecada en gran escala. Finalmente, concedió becas en el exterior a tres profesionales para estudiar la forma de producir vacuna antivariólica desecada y la organización y desarrollo de campañas de vacunación.

#### CUBA

En 1960 se prepararon 1,360,000 dosis de vacuna glicerinada y 699,000 en el primer semestre de 1961. La Organización proporcionó al país equipo de laboratorio para producir vacuna desecada. Durante el primer semestre de 1961 se vacunaron 129,647 personas.

#### ECUADOR

En 1960 se notificaron 2,185 casos de la enfermedad y 310 en 1961 hasta el 23 de agosto. El programa de erradicación de la viruela se inició en 1958, proponiéndose vacunar el 80% de la población del país en un plazo máximo de 5 años. Hasta mayo de 1961 se habían practicado 1,573,149 vacunaciones, correspondiendo, la mayoría de ellas, a las Provincias de Guayas, Chimborazo, Loja, Esmeraldas, Pichincha y El Oro. Resta todavía por vacunar un número importante de provincias con zonas de difícil acceso y en donde la población se distribuye en extensas áreas de montaña y de costa.

La campaña se ha desarrollado muy irregularmente, con interrupciones frecuentes y prolongadas; se registra un rendimiento bajo del personal y escaso número de vacunaciones.

Con el propósito de que el programa de erradicación de la viruela llegue a su fin dentro de los próximos 2 años, la Organización ha formulado sugerencias al Gobierno del Ecuador en relación con el sistema de administración del programa y le ha ofrecido nueva ayuda, tanto técnica como material.

Un Consultor permanente ha colaborado con el Gobierno del Ecuador en el desarrollo de este programa.

El Instituto de Higiene preparó 1,055,740 dosis de vacuna desecada en 1960 y 516,400 en el primer semestre de 1961. En este último período también elaboró 37,148 dosis de vacuna glicerinada.

### HAITI

La campaña de vacunación que se inició en 1957 y que se interrumpió en 1958, no ha sido reanudada. En 1960 se vacunaron 441 personas y 1,247 en el primer semestre de 1961.

### MEXICO

En México, desde 1952, no ocurren casos de viruela. Los servicios locales de salud pública mantienen un alto nivel inmunitario de la población mediante programas regulares de inmunización. En 1960 fueron vacunadas 3,637,344 personas y 4,052,288 en el primer semestre de 1961. La Organización proporcionó equipo para producir vacuna desecada en gran escala.

### PARAGUAY

En septiembre de 1957 se inició en Paraguay un programa para vacunar no menos del 80% de la población del país en tres años. En febrero de 1960 se dio por terminada la campaña, habiéndose inmunizado 1,462,904 personas, lo que representa el 86.7% de la población estimada al 30 de junio de 1959. Durante la campaña se usó vacuna glicerinada producida en el Uruguay y se empleó el método de numerosas pequeñas concentraciones de pobladores. El mantenimiento de un adecuado índice inmunitario quedó a cargo de los servicios regulares de salud pública. Así, en 1960 se vacunaron 122,897 personas y 41,734 en los primeros seis meses de 1961, cifras que revelan que este trabajo de mantenimiento no se está efectuando en la extensión apropiada.

En el segundo semestre de 1958 y durante 1959, no se registraron casos de viruela. En 1960 se notificaron 35 enfermos, correspondientes a grupos indígenas nómades que no pudieron ser ubicados en los sectores selváticos del país durante la campaña de vacunación. No hubo casos secundarios, pese a que hubo oportunidad para que otras personas se infectaran, lo que pone en evidencia la eficacia de la vacuna usada durante la campaña y la técnica correcta con que se aplicó. En 1961, en los primeros seis meses, no se notificaron casos de la enfermedad.

### PERU

Como consecuencia de una campaña de erradicación que se inició en octubre de 1950 y que alcanzó al 87% de la población del país, no han ocurrido casos de viruela desde diciembre de 1954. En 1960, hasta octubre, se vacunaron 884,392 personas y 473,544 en el primer semestre de 1961. El Instituto Nacional de Higiene produjo 1,362,300 dosis de vacuna desecada y 563,465 de glicerinada en 1960 y 1,200,000 dosis de desecada y 7,311,000 de glicerinada entre enero y junio de 1961.

### URUGUAY

En 1960 se registraron 17 casos de viruela. En 1961, hasta agosto, Uruguay notificó la existencia de un caso importado de la enfermedad. El laboratorio de la Municipalidad de Montevideo produjo 1,982,000 dosis de vacuna glicerinada y 68,500 dosis de vacuna desecada en 1960, en tanto que en los primeros seis meses de 1961 la producción fue de 650,000 y 70,000 dosis para la glicerinada y desecada, respectivamente. El equipo de laboratorio para producir vacuna desecada fue proporcionado por la Organización.

### VENEZUELA

Desde 1957, con posterioridad a una campaña de vacunación antivariólica que alcanzó a todo el país, no ocurren casos de viruela en Venezuela. Para mantener los resultados obtenidos, se aumentó la producción de vacuna desecada (la Organización ha provisto el equipo necesario), se ha iniciado la incorporación de la práctica de la vacunación antivariólica en las actividades ordinarias de los servicios locales de salud pública, con los cuales se planea integrarla totalmente. En 1960 fueron vacunadas 920,969 personas y 608,148 en el primer semestre de 1961. La producción de vacuna antivariólica, en 1960, fue como sigue: 3,925,000 dosis de vacuna glicerinada y 316,000 dosis de vacuna desecada. Entre enero y junio de 1961, la vacuna elaborada alcanzó a 2,185,000 dosis de vacuna glicerinada y 281,000 de vacuna desecada.

## 5. Consideraciones finales

Todos los países del continente americano en donde la viruela anteriormente existió, mediante programas nacionales de vacunación, desarrollados en forma metódica e ininterrumpida, han logrado eliminar la enfermedad o están muy próximos a conseguirlo. Sólo hacen excepción a lo anterior Brasil y Ecuador, países en donde la viruela conserva su carácter endémico y da origen, cada año, a un número importante de casos. La necesidad urgente de que ambos países den solución a este problema, tanto como una medida interna de salud pública a la vez que como una contribución a los otros países del continente que con tanto esfuerzo han logrado hacer desaparecer la viruela de sus respectivos territorios, es demasiado evidente para justificarla.

Conviene recordar aquí la necesidad de mantener los niveles de población inmunizada alcanzados durante los programas de erradicación. También, con el fin de lograr una adecuada evaluación de los resultados de las campañas, es recomendable que los países aseguren la provisión de diagnóstico de laboratorio para los casos sospechosos de viruela, lo que resulta cada vez más necesario a medida que se van cumpliendo las etapas más avanzadas de los programas de erradicación.

Finalmente, se recuerda también la conveniencia de dar adecuado cumplimiento a las disposiciones que, referente a viruela, contiene el Reglamento Sanitario Internacional.



Cuadro A  
Casos de viruela notificados en las Américas, por países  
1951-1961

Areas	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961 (*)
Total	9.221	9.301	8.957	11.979	8.348	6.371	5.836	4.343	4.763	4.789	1.382
Argentina	1.404	982	336	256	55	86	335	27	36	64	4
Bolivia	728	432	429	624	372	481	1.310	183	7	1	
Brasil(a)	1.190	1.668	923	1.035	2.580	2.385	1.017	1.232	2.629	2.278	631 (d)
Colombia	3.844	3.235	5.526	7.203	3.404	2.572	2.145	2.009	950	209	15
Cuba									1		
Chile	47	15	9								
Ecuador	174	665	708	2.516	1.831	669	923	863	1.140	2.185	317
E. Unidos	11	21	4	9	2		1				
Guatemala	3	1	1								
México	27										
Panamá											
Paraguay	282	797	770	207	57	132	103	(b)8		35	
Perú	1.218	1.360	172	115				21			
Uruguay		16	7	1			2			19(f)	1 (e)
Venezuela	280	109	72	13	2	(c) 4					
Antillas Ho-landesas	1										
Guayana Bri-tánica	11										
Martinica	1										

- (\*) Hasta agosto.  
(a) Datos correspondientes al Estado de Guanabara y las capitales de los otros Estados.  
(b) Incluyendo 4 casos importados.  
(c) Diagnóstico clínico sin evidencia epidemiológica.  
(d) Información correspondiente a la ciudad de Rio de Janeiro.  
(e) Caso importado  
(f) Incluye dos casos importados.

Cuadro B

Población estimada y vacunaciones  
antivariolíticas practicadas durante  
el periodo 1959-1961.

Países	1 9 5 9		1 9 6 0		1961 (1er semestre)
	Población (miles)	Vacunaciones antivariolíticas	Población (miles)	Vacunaciones antivariolíticas	Vacunaciones antivariolíticas
Argentina	20, 614	1.280.486	20,956	1.608.597	2.337.266
Bolivia	3,416	422.945	3,462	42.603	14.202
Brasil	64,216	7.856.294	65,743	4.910.091	...
Chile	7,465	2.778.686	7,627	1.276.000	131.966
Colombia	13,824	2.643.381	14,132	1.988.386	748.794
Costa Rica	1,126	15.820	1,171	14.657	18.943
Cuba	6,661	25.083	6,797	38.635(a)	129.647
Rep. Dominicana	...	5.027	3,014	26.057	12.600
Ecuador	4,169	546.667	4,298	507.361	284.723
El Salvador	2,520	32.818	2,612	29.383	33.373
Guatemala	3,652	34.428	3,759	58.160	79.312
Haití	3,464	-	3,505	441	1.247
Honduras	1,887	12.824	1,950	17.843	2.682
México	33,304	5.287.714	34,626	3.637.334	4.052.288
Nicaragua	1,424	10.521	1,475	8.803	13.941
Panamá	1,024	33.108	1,053	24.835	9.559
Paraguay	1,728	589.316	1,768	122.897	41.734
Perú	10,524	824.100	10,857	884.392(b)	473.544
Uruguay	2,700(c)	87.324	...	214.360	99.622
Venezuela	6,512	1.060.850	6,709	920.969	608.148
Antigua	...	...	54	1.859	1.246
Barbados	...	...	235	10.741	8.600
Belice	90	...	90	4.050	1.018
Curaçao	...	...	(193)	3.665	...
Granada	...	...	89	3.402	1.350
Jamaica	...	...	1,607	79.060	39.185
Martinica	271	...	277	14.094	...
Montserrat	...	...	12	1.204	...
San Cristóbal- Nieves-Anguila	...	...	57	3.300	...
Surinam	255	...	270	3.665	...
Trinidad-Tobago	...	...	82	3.839	...
Dominica	...	...	60	...	1.720

... Datos no disponibles

a) Información parcial

b) Hasta octubre 1960

c) 1958

Nota: En Estados Unidos, durante 1960, para atender las necesidades del consumo anual se distribuyeron 16'000,000 de dosis de vacuna.

Quadro C  
Producción de vacuna antiveriólica, 1959-1960  
(número de dosis)

	1 9 5 9		1 9 6 0		1961 (1er semestre)	
	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada
Argentina	4.099.400	60.000	6.600.000		11.418.100	
Bolivia		543.000		310.000	1.376.640	315.600
Brasil	17.217.090	-	11.792.304	889.700		
Colombia	-	4.511.600		2.473.240		1.063.312
Costa Rica	-	-	-	-	-	-
Cuba	210.000		1.360.000		699.000	-
Chile	7.850.000	1.310.000	960.000	530.000	700.000	200.000
Ecuador	-	1.210.820		1.055.740	37.148	516.460
El Salvador	50.000	-	60.300		140.750	-
Guatemala	230.900	-	484.400	-	417.400	-
Honduras	20.200	-	20.200		12.500	-
México	20.859.300	-	10.477.800		5.790.600	49.500
Nicaragua	15.100	-	15.300		44.875	
Panamá	-	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-
Perú	1.029.400	2.735.610	563.465	1.362.300	311.00	1.200.000
R. Dominicana	-	-	-	-	-	-
Uruguay	1.726.700	-	1.982.000	68.500	650.000	70.000
Venezuela	4.751.000	217.000	3.925.000	316.000	2.185.000	281.000

Nota: Estados Unidos, en 1961 mantiene en reserva 40'000,000 de dosis de vacuna antiveriólica. Esta cantidad incluye tanto vacuna glicerinada como desecada.

Resolución WHA14.40

PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA

La 14a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre el programa de erradicación de la viruela.

Considerando que se han hecho progresos en la ejecución de ese programa y especialmente en la preparación de vacunas activas y estables; y

Tomando nota de que, según resulta de los informes del Comité de la Cuarentena Internacional (OMS), la viruela plantea todavía un problema importante para el tráfico internacional, y de que urge en consecuencia acelerar la ejecución del programa, para lo cual será necesario arbitrar medios materiales y de asesoramiento adecuados,

1. RECOMIENDA a los países que, si todavía no lo han hecho, emprendan sin pérdida de tiempo programas de erradicación de la viruela;
2. INSTA a los países de economía más próspera a que aporten contribuciones voluntarias en dinero o en especie para aumentar los recursos de la Cuenta Especial de la OMS; y
3. PIDE al Director General que vuelva a informar sobre este asunto a la 15a Asamblea Mundial de la Salud.

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.  
Octubre 1961

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XIII Reunión

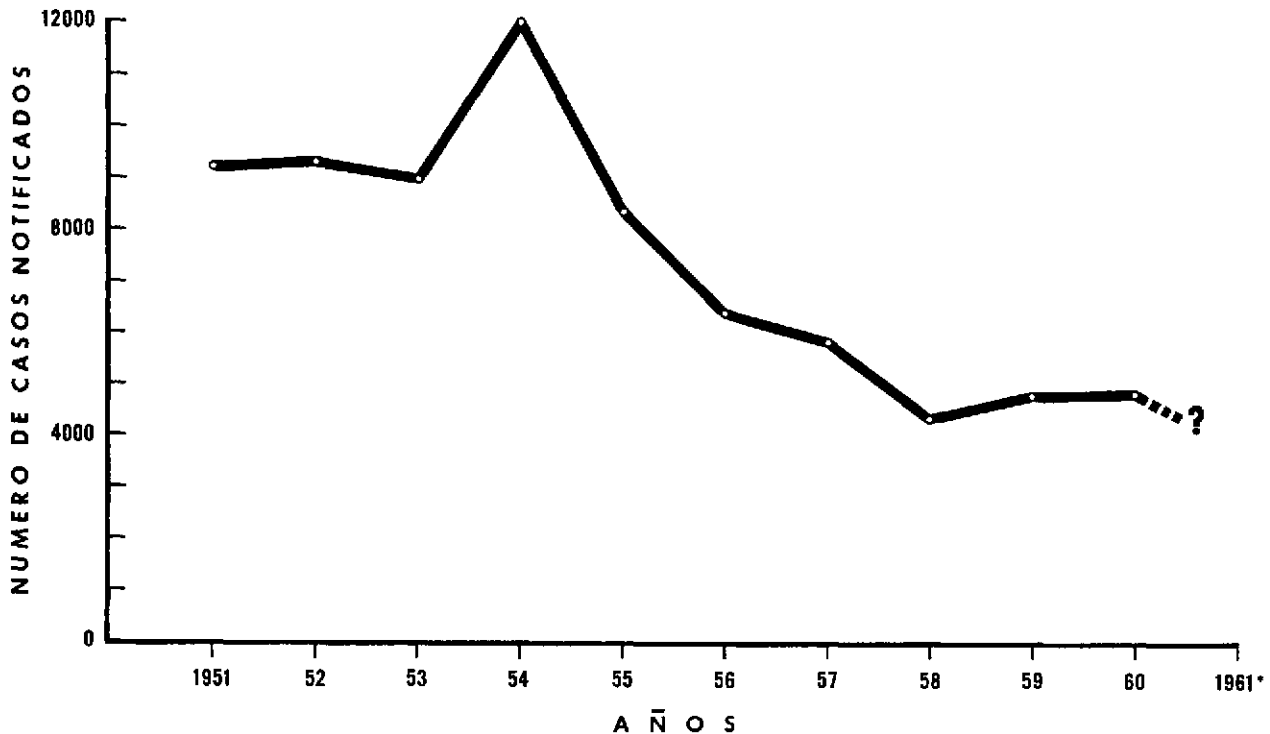


CD13/18 (Esp.)  
ADDENDUM I  
4 octubre 1961  
ORIGINAL: INGLES

Tema 25: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS

La gráfica que se adjunta debe incluirse a continuación del  
Cuadro A en el Documento CD13/18.

## PAISES Y TERRITORIOS QUE NOTIFICARON CASOS DE VIRUELA, Y NUMERO DE CASOS ANUALES EN LAS AMERICAS, 1951-1961\*



### NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS POR PAISES O TERRITORIOS

ARGENTINA	1404	982	309	256	55	86	335	27	36	64	4
BOLIVIA	728	432	429	624	372	481	1310	183	7	1	
BRASIL (b)	1190	1668	923	1035	2580	2385	1411	1232	2629	2278	631**
CHILE	47	15	9						1		
COLOMBIA	3844	3235	5526	7203	3404	2572	2145	2009	950	209	15
ECUADOR	174	665	708	2516	1831	669	913	863	1184	2185	317
ESTADOS UNIDOS	11	21	4	(c) 9	(c) 2		(c) 1				
GUATEMALA	3	1	1								
MEXICO	27										
PANAMA								(b) 8			
PARAGUAY	282	797	770	207	57	132	103	21		35	
PERU	1218	1360	172	115							
URUGUAY		16	7	1	45		2			(d) 19	(e) 1
VENEZUELA	280	109	72	13	2	(f) 4					
GUAYANA BRITANICA	11										
MARTINICA	1										
ANTILLAS NEERLANDESES	1										

\* Hasta Agosto de 1961, inclusive

\*\* Río de Janeiro únicamente.

(a) Las notificaciones abarcan el Estado de Guanabara y las capitales de Estado. (b) Incluidos 4 casos importados.

(c) Estos casos no se ajustan a los criterios generalmente aceptados para el diagnóstico de la viruela.

(d) Incluidos 2 casos importados. (e) Importado. (f) Diagnóstico clínico, sin pruebas epidemiológicas.

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XIII Reunión

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XIII Reunión



Washington, D. C.  
Octubre 1961

CD13/18 (Esp.)  
CORRIGENDUM  
7 Octubre 1961  
ORIGINAL: ESPAÑOL

Tema 25: ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA  
EN LAS AMERICAS

C O R R I G E N D U M

Substitúyase el Cuadro A del Documento CD13/18, por el  
que se acompaña.

Cuadro A  
Casos de viruela notificados en las Américas, por países  
1951-1961

Areas	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961 (*)
Total	9.221	9.301	8.957	11.979	8.348	6.371	5.836	4.343	4.763	4.791	968
Argentina	1.404	982	336	256	55	86	335	27	36	64	4
Bolivia	728	432	429	624	372	481	1.310	183	7	1	
Brasil (a)	1.190	1.668	923	1.035	2.580	2.385	1.017	1.232	2.629	2.278	631 (d)
Colombia	3.844	3.235	5.526	7.203	3.404	2.572	2.145	2.009	950	209	15
Cuba											
Chile	47	15	9						1		
Ecuador	174	665	708	2.516	1.831	669	923	863	1.140	2.185	317
Estados Unidos	11	21	4	9	2		1				
Guatemala	3	1	1								
México	27										
Panamá								(b)8			
Paraguay	282	797	770	207	57	132	103	21		35	
Perú	1.218	1.360	172	115							
Uruguay		16	7	1	45	42	2			19(f)	1 (e)
Venezuela	280	109	72	13	2	(c) 4					
Antillas Holandesas	1										
Guayana Británica	11										
Martinica	1										

CD13/18 (Esp.)  
CORRIGENDUM  
Página 2

- (\*) Hasta agosto.  
(a) Datos correspondientes al Estado de Guanabara y las capitales de los otros Estados.  
(b) Incluyendo 4 casos importados.  
(c) Diagnóstico clínico sin evidencia epidemiológica.  
(d) Información correspondiente a la ciudad de Rio de Janeiro.  
(e) Caso importado.  
(f) Incluye dos casos importados.