

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XVI Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XVII Reunión

Washington, D. C.
Septiembre-Octubre 1965

Tema 27 del proyecto de programa

CD16/29 (Esp.)
14 septiembre 1965
ORIGINAL: INGLES

ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS

Reconociendo el alcance del problema de la viruela en las Américas, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950) recomendó a los países el desarrollo de programas de vacunación y revacunación anti-variólica sistemática en sus respectivos territorios con miras a la erradicación de la enfermedad, y que dichos programas se llevaran a cabo bajo los auspicios de la Organización y de acuerdo con los países interesados.

En una serie de resoluciones, doce en total, adoptadas en los años siguientes los Cuerpos Directivos de la Organización expresaron su preocupación por el problema de la viruela en las Américas y el deseo de erradicar la enfermedad del Hemisferio Occidental.

En 1958, la 11a Asamblea Mundial de la Salud, considerando que "la viruela es una enfermedad transmisible todavía muy difundida y muy peligrosa, de la que existen en muchas regiones del mundo focos endémicos que dan lugar a riesgo constante de propagación y que constituyen por tanto una amenaza para la vida y la salud de las poblaciones" (Resolución WHA11.54), pidió al Director General que realizara una investigación de los medios apropiados para erradicarla en el mundo entero. En 1959, la 12a Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA12.54) pidió al Director General que recogiera información de los países interesados acerca de la organización y curso de los respectivos programas de erradicación y presentara un nuevo informe a la 13a Asamblea Mundial de la Salud. En la 13a y en la 14a Asambleas Mundiales de la Salud se formularon peticiones análogas. La 14a Asamblea Mundial de la Salud (párrafo 2 de la Resolución WHA14.40) instó a los países de economía más próspera a que aportaran contribuciones voluntarias en dinero o en especie para aumentar los recursos de la Cuenta Especial de la OMS para la erradicación de la viruela.

En las resoluciones antes mencionadas se reafirma la prioridad que los Cuerpos Directivos de la OSP y la OMS conceden al problema de la viruela. En vista de que todas esas resoluciones fueron aprobadas por unanimidad, los Gobiernos de ambas Organizaciones se han comprometido a erradicar la enfermedad.

De conformidad con lo dispuesto en sucesivas resoluciones de los Cuerpos Directivos, la Organización, de concierto con muchos países, ha participado activamente, desde 1950, en un programa hemisférico encaminado a dicha erradicación.

La Organización ha continuado asesorando a los Gobiernos en la planificación de programas de erradicación de la viruela basados en campañas antivariólicas que puedan, en el momento oportuno, ser incorporadas a los servicios generales de salud pública de los diversos países. Esta colaboración ha comprendido servicios de asesoramiento técnico para la producción de vacuna antivariólica y el suministro de equipo para la preparación de vacuna liofilizada. En otros casos, se facilitó la vacuna lista para usarla, se proporcionaron los servicios de consultores especializados en la organización y realización de campañas de vacunación, y se adjudicaron becas para el adiestramiento de personal nacional. También se han proporcionado a los Gobiernos los servicios de un laboratorio acreditado y para realizar las pruebas de pureza y actividad de las vacunas antivariólicas preparadas por los laboratorios nacionales.

De 1948 a 1964 la Organización ha asignado a los diferentes programas de erradicación de la viruela en las Américas la cantidad de \$599.277, cuya distribución por países figura en el Cuadro IV.

Desde 1950 se han realizado considerables progresos en la erradicación de la viruela. Estos progresos varían de un país a otro, de modo que si bien un grupo importante ha alcanzado el objetivo de eliminar la enfermedad y otros se acercan a la meta, hay todavía algunos en que aquélla existe y donde las campañas de erradicación deben iniciarse sin demora. Es también necesario que los países donde los programas de erradicación se hayan prolongado indefinidamente y en que la viruela tenga una incidencia muy elevada, presten amplia y cuidadosa atención a este tipo de actividad.

No se ha logrado aún la plena participación internacional en la labor de erradicación. Los focos de viruela que persisten en el Continente no sólo constituyen un problema para los países donde existen, sino que además representan una continua amenaza y un motivo de preocupación para otros que, gracias a su espíritu de perseverancia y solidaridad continental, están ya libres de la enfermedad. La persistencia de estos focos obliga a dichos países a proseguir sus esfuerzos para mantener la inmunidad de la población a un alto nivel. Debido a la reintroducción de la viruela o a la amenaza de reintroducción de la misma, algunos países libres de la enfermedad ya han tenido que repetir las campañas nacionales de vacunación colectiva.

La labor realizada por los Gobiernos y por la Organización para obtener adecuadas cantidades de vacuna liofilizada estable se ha visto coronada de éxito. Con la colaboración de la Organización, varios países están produciendo ahora vacuna en cantidad suficiente no sólo para atender sus propias necesidades, sino también para facilitarla a los países que no la

preparan. En general, los países no están aprovechando adecuadamente los servicios ofrecidos para realizar las pruebas de la vacuna, y unos cuantos experimentan dificultades en su preparación ya que algunos lotes no satisfacen las normas mínimas de actividad, inocuidad y estabilidad estipuladas por la OMS. Será necesario efectuar pruebas de las vacunas como práctica habitual con el objeto de mantener su elevada calidad. La Organización está dispuesta a proporcionar asesoramiento con miras al eficaz funcionamiento de los laboratorios que producen dicha vacuna y reitera nuevamente el ofrecimiento de los servicios para la realización de las pruebas correspondientes, que los diversos países debieran utilizar con más frecuencia.

Los once laboratorios para la producción de vacuna antivariólica, que han contado con la colaboración de la OPS/OMS, elaboraron en 1964, 32.300.823 dosis de vacuna antivariólica liofilizada y 32.660.791 de vacuna glicerinada. En el Cuadro I se indica la producción de ambas vacunas, según los informes recibidos.

CUADRO I - Producción de vacuna antivariólica en las Américas,
 según los informes recibidos, 1964

País	Glicerinada	Liofilizada	Total
Argentina	7.190.000	---	7.190.000
Bolivia	---	864.200	864.200
Brasil	500.000	22.014.500	22.514.500
Chile	3.825.000	717.500	4.542.500
Colombia	---	3.069.500	3.069.500
Cuba	1.280.650	---	1.280.650
Ecuador	---	864.360	864.360
Guatemala	1.417.165	---	1.417.165
México	10.754.400	---	10.754.400
Perú	2.944.000(a)	3.553.700(a)	6.497.700(a)
Uruguay	2.493.000	---	2.493.000
Venezuela	2.256.576	1.217.063	3.473.639
TOTALES:	32.660.791	32.300.823	64.961.614

(a) Enero-Agosto

--- Ninguna

Brasil, Colombia, Guatemala, México, Perú y Venezuela continuaron donando, vacuna liofilizada o glicerizada con destino a los programas que se llevan a cabo en varios países de Mesoamérica y Sudamérica. La Organización ha actuado como organismo coordinador tanto en relación con los países que solicitan vacuna como de los que la producen.

La campaña de erradicación de la viruela en las Américas avanza, sin embargo, a un ritmo más lento que el previsto. A pesar de los excelentes resultados obtenidos por diversos países que han completado las campañas de erradicación o reducido la incidencia de la viruela a un bajo nivel, la enfermedad constituye todavía un importante problema de salud pública en las Américas. Para lograr la erradicación en todo el Hemisferio es necesario que los países interesados aúnen sus esfuerzos, tanto para proteger a sus propias poblaciones como para la seguridad de otros países que ya han adoptado las medidas necesarias para erradicar dicha enfermedad.

Si no se ha avanzado con más rapidez, ello se debe a consideraciones relacionadas con el grado de prioridad que se le asignó y a circunstancias de orden político, financiero o administrativo, aisladas o combinadas. Los Gobiernos debieran asignar los fondos necesarios en el presupuesto nacional para proseguir las actividades de erradicación.

Está demostrado que en donde la viruela existe, sea en forma epidémica o endémica, y hay de parte de los Gobiernos una firme determinación de iniciar programas de erradicación y de procurar los recursos necesarios para llevarlos a buen término, la enfermedad desaparece en corto período de tiempo.

Es evidente, por lo tanto, que la persistencia de la viruela no es resultado de la falta de experiencia ni de conocimientos técnicos sobre la manera de eliminarla, sino de la falta de determinación para hacerlo y de hecho de que no se facilitan los recursos que exige una empresa de este tipo.

Es preciso iniciar programas de erradicación de la viruela o acelerar los que se encuentran en marcha. Es también apremiante la necesidad de vacunar a la población que tiene un bajo nivel de protección en los países cercanos a otros donde existe dicha enfermedad.

Los niveles de vacunación entre la población de zonas o países donde se han llevado a cabo programas nacionales de vacunación se mantienen por debajo de las proporciones y porcentajes recomendados (véase el Cuadro III). Al mismo tiempo, la notificación de casos sospechosos de viruela en zonas donde la población ya ha sido vacunada es deficiente, y la investigación (clínica y epidemiológica) y el diagnóstico de laboratorio se efectúan en una escala limitada y abarcan sólo a una pequeña proporción de los casos comunicados. Esta situación revela la necesidad de organizar servicios de vigilancia epidemiológica en los países donde se han completado programas de erradicación de la viruela o están en curso de ejecución.

Con el establecimiento de puestos de epidemiólogos en todas las Oficinas de Zona, la Organización podrá cooperar más eficazmente con los diversos países a fin de crear los mencionados servicios de vigilancia. Se encuentran en fase avanzada los preparativos para organizar dos cursos de diagnóstico de la viruela en el laboratorio, que se celebrarán en 1966. Cabe esperar que el adiestramiento en este campo contribuya en gran medida a mejorar el diagnóstico y la notificación de casos de viruela.

Es difícil determinar la incidencia actual de la viruela en el Hemisferio debido al carácter incompleto y tardío de la notificación. En 1964, el Brasil, Colombia y Perú fueron los únicos países que registraron focos significativos de la enfermedad. Brasil continúa notificando la gran mayoría de casos (2.502) y aunque en 1962 se inició un programa de vacunación en dicho país, la enfermedad persiste en muchas zonas. En el Perú la enfermedad que había sido erradicada en 1954, reapareció en 1963 en zonas limítrofes con el Brasil y el año pasado se notificaron 454 casos. En Colombia, Uruguay y la Argentina se registraron 21, 3 y 12 casos, respectivamente. En 1965, hasta el 31 de agosto, el Brasil ha notificado 448 casos; la Argentina, 11; Colombia, 146 y el Paraguay, 10.

La reducción de la incidencia de la viruela en las Américas a partir de 1947 (véase el Cuadro II) coincide con el progreso alcanzado mediante los programas de erradicación que los países llevan a cabo. Naturalmente, todas las cifras deben interpretarse con cierta cautela, debido al carácter incompleto de la notificación, pero dan una idea acerca de la tendencia de la enfermedad. La labor que realizan los diversos países para mejorar los sistemas de notificación, registro y diagnóstico de la viruela está contribuyendo gradualmente a mejorar el conocimiento de la enfermedad.

A continuación se resumen los progresos realizados en las campañas de erradicación de la viruela en varios países del Hemisferio.

El Salvador, Guatemala y Honduras, donde el porcentaje de la población inmunizada contra la viruela era pequeño, están avanzando satisfactoriamente en sus programas de vacunación, que se llevan a cabo como parte de la labor habitual de los servicios generales de salud.

En la Argentina, la campaña nacional de vacunación que se inició en 1961, avanzó muy poco en 1964 debido a dificultades de carácter económico y administrativo. En este último año se vacunaron 284,239 personas. También en 1964 se registraron 12 casos, y actualmente se ha producido un brote, con 11 casos, en la provincia de Corrientes, cerca de la frontera con el Paraguay. En la Argentina no se produce vacuna antivariólica liofilizada. La Organización está facilitando el equipo necesario para la preparación de este tipo de vacuna. La reanudación de la campaña en la Argentina constituirá una importante medida para erradicar la viruela de las Américas.

La campaña que se lleva a cabo en Bolivia, con la cooperación de la OPS y la AT/OMS, ha tropezado con numerosos obstáculos para su desenvolvimiento normal. La Organización está facilitando los servicios de un inspector sanitario que coopera con las autoridades nacionales de salud a fin de organizar y realizar actividades de campo. El considerable atraso en el desarrollo de la campaña se ha debido a factores políticos, económicos y administrativos. En 1964 se vacunaron 535.049 personas, o sea el 66,4% de la cifra prevista originalmente de 739.200.

El Brasil continúa su programa de erradicación de la malaria, de acuerdo con el cual se prevé la vacunación de 64 millones de habitantes en seis años. En 1964 se vacunaron 8.016.713 personas, con lo que ascendió a 15.901.304 el total de las vacunadas desde la iniciación del programa (junio de 1962). Las autoridades de salud brasileñas comprenden que es necesario acelerar la campaña con el fin de lograr la erradicación. Al ritmo actual, se necesitarían por lo menos diez años para vacunar a 64 millones de personas. Para entonces, la población del país habría aumentado en un 30% y la gran mayoría de la población vacunada habría perdido su inmunidad. Teniendo en consideración estos hechos, las autoridades de salud nacionales están revisando sus planes con el objeto de intensificar las campañas a fin de darles una administración más flexible, de emplear mejores medios de transporte y equipo moderno de vacunación. Para esto, será preciso proporcionar mayor cantidad de personal y equipo.

Los laboratorios de Recife y Porto Alegre, así como el Instituto Oswaldo Cruz de Río de Janeiro, a los que la Organización facilitó el equipo necesario para preparar vacuna liofilizada, están elaborando vacuna de calidad satisfactoria, y su producción conjunta es suficiente para atender las actuales necesidades del país.

De los 2.496 casos notificados en las Américas en 1964, la gran mayoría (2.502, o sea, el 83,5%) continuó registrándose en el Brasil. No cabe duda de que la incidencia de la enfermedad en dicho país es mucho mayor que la indicada por el número de casos comunicados, ya que la notificación es incompleta y tardía. En 1964, dicha notificación sólo se refería a 10 estados; no se obtuvo información sobre el resto del país, aunque se sabe que la enfermedad está muy extendida tanto en la población urbana como en la rural.

El Brasil es el país clave en lo que respecta a erradicación de la viruela en las Américas, y una vez que el ataque contra dicha enfermedad se organice eficazmente en ese país y se coordine con los programas de los países vecinos, será posible eliminarla de las Américas. Ahora bien, es evidente que los recursos del Brasil son insuficientes para emprender una tarea de tal magnitud, por lo que será necesario obtener ayuda externa.

En Colombia, después de una campaña bien organizada que terminó en 1961 y abarcó al 93% de la población total del país, se han registrado los siguientes casos: 16 en 1961; 41 en 1962; 4 en 1963 y 155 en 1965 (hasta el 16 de agosto). Al principio, los casos se concentraron en unas pocas

áreas, pero posteriormente se ha observado una prevalencia general. De acuerdo con los planes de la campaña, los servicios generales de salud del país se encargarían, al término de aquélla, de mantener el nivel de inmunidad de la población, mediante la vacunación anual del 80% de los recién nacidos y del 20% de la población. Por varias razones, no fué posible alcanzar el objetivo previsto y cada año se administra la vacuna al 30% aproximadamente de recién nacidos y al 10% de la población general.

En vista del número cada vez mayor de casos notificados, el Gobierno examina la posibilidad de organizar un nuevo programa de vacunación que abarcaría por lo menos al 80% de la población en tres años. Para este fin se necesitará ayuda externa.

En el Perú, donde se había erradicado la enfermedad en 1954, se reintrodujo ésta en 1963, año en que se notificaron 863 casos. En 1964 se notificaron 454 casos, la mayoría de ellos en el Departamento de Loreto en la región nordeste del país. En esta zona, el porcentaje de habitantes vacunados contra la viruela durante la campaña de erradicación fué reducido. El brote se circunscribió a ella y la enfermedad no se propagó al resto del país. El Gobierno inició un programa de vacunación antivariólica con el que hasta septiembre de 1964, se había logrado vacunar a 3.165.404 personas. Se estableció un servicio de vigilancia con el fin de investigar cualquier caso sospechoso que pudiera surgir una vez completado el programa de vacunación intensiva.

El objeto del programa de vacunación antivariólica en Haití, que se inició en julio de 1962 consiste en vacunar al 80% de la población en un plazo de cinco años. Entre dicha fecha y el 15 de octubre de 1964 se vacunaron 847.109 personas; 293.441 de estas vacunaciones se efectuaron en los primeros nueve meses de 1964. Sólo se alcanzó el 58% de las cifras previstas para 1964. El programa ha tropezado con dificultades financieras y administrativas.

La campaña de erradicación de la viruela en el Ecuador, que se inició en 1958, quedó completada en mayo de 1964. Durante este período se vacunaron 3.531.489 personas, o sea, el 85% de la población del país. No se han notificado casos de viruela en 1964 o en 1965 (hasta el presente). En 1960 se notificaron 2.185 casos, 496 en 1961, 204 en 1962 y 45 en 1963. Será necesario reforzar las medidas para mantener la inmunidad de la población a un alto nivel, así como para mejorar el mecanismo de vigilancia y notificación de casos, diagnóstico e investigación epidemiológica de los nuevos casos que puedan ocurrir en el futuro.

Conclusiones

En vista de que el único reservorio es el hombre y de que la vacunación constituye una eficaz protección durante varios años, la erradicación de la viruela en las zonas endémicas está muy dentro del ámbito de la medicina preventiva moderna.

Por otra parte, si bien los medios de prevención de la viruela han sido conocidos desde fines del siglo XVIII, dicha enfermedad sigue siendo endémica en muchos países del Hemisferio. Las campañas sistemáticas y debidamente organizadas con el fin de administrar la vacuna antivariólica a la población son medidas suficientes para lograr la erradicación de la enfermedad. El hecho de que aún no se haya logrado dicho objetivo se ha debido a diversos factores, entre los cuales el más importante es la incompleta cobertura de la población debido a inadecuados servicios de salud, la baja prioridad concedida al problema y dificultades económicas y administrativas.

Los gastos que supone la terminación, con resultados satisfactorios, de un programa de erradicación, aunque considerables, son exiguos en comparación con el costo en dinero y, especialmente, en vidas humanas y sufrimientos que causa la continua presencia de la enfermedad. La erradicación de la viruela es de suma importancia para todos los países, tanto para proteger a sus poblaciones como para la seguridad de otros países que ya están libres de dicha enfermedad. Por lo tanto, es indispensable encarecer a todos los países donde todavía existe la viruela a fin de que adopten todas las medidas necesarias para superar las dificultades financieras y administrativas que pueden haber retrasado las actividades antivariólicas y de que concedan al programa de erradicación la prioridad que merece desde el punto de vista de la salud nacional e internacional.

Es evidente que la erradicación de la viruela constituye una responsabilidad nacional y que sólo puede lograrse mediante un esfuerzo igualmente nacional. No obstante, interesa también señalar que la erradicación de dicha enfermedad constituye un motivo de preocupación no sólo para los países infectados, sino para todos ellos, ya que los actualmente libres de la viruela corren el riesgo de que se introduzca la infección desde las zonas endémicas.

No cabe duda de que es preciso dedicar al programa de erradicación de la viruela un esfuerzo cada vez mayor y proporcionarle apoyo creciente, tanto en escala nacional como internacional si se han de lograr resultados satisfactorios en el futuro previsible.

Incluso si se asignan mayores recursos nacionales a los programas de erradicación de la viruela, los países endémicos no conseguirán erradicar la enfermedad sin una ayuda considerable de las organizaciones internacionales y de los países donde la enfermedad ha dejado de ser endémica.

Los países endémicos podrían controlar rápidamente la enfermedad y, a la larga, eliminarla si decidieran tomar medidas enérgicas y recibieran ayuda de los países que están libres de la enfermedad y siempre que adoptaran la legislación y las medidas presupuestarias indispensables para cumplir la obligación internacional que todos los Gobiernos asumieron al aprobar las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OSP y de la OMS.

CUADRO II

Casos de Viruela Notificados en las Américas, 1948-1964*

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963a	1964a
Argentina	166	1.176	4.462	1.404	982	309	256	55	86	335	27	36	65	6	2a	--	12j
Ant. Neerlandesas	---	---	---	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Bolivia	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Bolivia (b)	831	805	644	728	432	429	624	372	499	1.310	183	7	1	---	---	---	4
Brasil (b)	1.288	670	706	1.190	1.668	923	1.035	2.580	2.385	1.411	1.232	2.629	2.644	7.656	7.589	6.211g	2.502g
Canadá	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1f	---	---
Colombia	7.356	3.040	4.818	3.844	3.235	5.526	7.203	3.404	2.572	2.145	2.009	950	209	16	41	4	21
Costa Rica	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Cuba	---	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Chile	5	4	3.564	---	15	9	---	---	---	---	---	1	---	---	---	---	---
Ecuador	3.856	657	241	---	665	708	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
El Salvador	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Estados Unidos de América	57	49	39	11	21	4	9d	2d	---	1d	---	---	---	---	---	---	---
Guatemala	6	4	10	3	1	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Guayana Británica	---	---	---	11	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Haití	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Honduras	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Martinica	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
México	1.541	1.060	762	27	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Nicaragua	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Panamá	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Paraguay	1.451	175	135	282	797	770	207	57	132	103	21	---	---	---	---	---	---
Perú	7.105	6.305	3.753	1.218	1.360	172	115	---	---	---	---	---	---	---	---	---	865
Rep. Dominicana	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	454
Trinidad y Tabago	13	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Uruguay	---	9	3	---	16	7	1	45	42	2	---	---	---	1f	10e	1k	3k
Venezuela	6.358	3.951	2.181	280	109	72	13	2	4c	---	---	---	19e	---	11	---	---
Total:.....	30.034	17.910	21.318	9.221	9.301	8.930	11.979	8.348	6.389	6.220	4.343	4.763	5.158	8.175	7.858	7.126	2.996

a) Incluye un caso importado

b) Sólo capitales de los estados, 1948-1964

c) Incluye cuatro casos importados

d) Sólo diagnóstico clínico

e) Incluye dos casos importados

f) Caso importado

g) Datos incompletos: limitados a 19 Estados y un territorio

h) Últimas cifras recibidas

i) Información recibida hasta el 30 de junio de 1965

j) Incluye 10 casos importados

k) Casos importados

-- Ninguno

* Cifras revisadas de acuerdo con los informes más recientes de los Gobiernos (correspondientes a 1961-1963)

CUADRO III

Número de vacunaciones antivariólicas notificadas en las Américas,
1960-1964

Area	1960	1961	1962	1963	1964
Argentina	1.990.467	4.407.020	1.344.401	638.502	284.239
Bolivia	42.603	34.215a	164.449	280.427(4)	1.040.797(5)
Brasil	4.910.091	---	2.061.179b	6.955.330	8.016.713
Canadá	1.332.000	---	---	---	---
Colombia	3.195.355	1.250.685	191.083c	1.936.676	1.702.972
Costa Rica	14.657	79.553	106.252d	39.224(1)	220.518
Cuba	38.635a	129.647	135.319e	50.755(1)	63.173
Chile	285.314	382.946	703.297	946.000	1.481.820
Ecuador	783.338	535.668	685.595	653.517(1)	652.571
El Salvador	33.373	24.554a	143.835	200.091(2)	435.839
Guatemala	123.590f	129.590a	127.004	109.249(1)	555.724
Haití	441f	3.135	180.719	350.156	293.441(7)
Honduras	17.843	9.509	127.144d	51.069(1)	91.105
Jamaica	79.973	70.129	131.652	47.333	70.958
México	3.637.334	2.588.149	5.226.096g	3.143.916(4)	5.524.600
Nicaragua	8.803	19.385	3.335c	19.280(1)	94.752
Panamá	24.835	31.596	11.547a	12.591(1)	39.716
Paraguay	122.897	110.142	28.283c	88.350(1)	133.223
Perú	1.049.740	969.808	593.336	277.298(3)	3.165.404(7)
Rep. Dominicana	26.057	10.000	35.135	20.492(1)	66.552(6)
Trinidad y Tabago	3.839	11.438	1.271h	40.730(1)	44.901
Uruguay	214.360	188.674	81.754c	55.364(1)	188.702
Venezuela	1.104.389	1.140.842	1.147.574g	1.150.324	953.868
Antigua	1.603	1.186	446c	3.552(1)	1.558
Ant. Neerlandesas	3.665f	---	2.400c	---	---
Barbada	10.564i	14.070	86.507	4.591(1)	10.490
Belice	3.939	4.900	10.617	4.953(1)	---
Bermuda	783i	579	---	---	1.154
Dominica	---	1.351a	2.315c	1.470(1)	1.585
Granada	3.402	2.695	1.031	1.445(3)	2.477
Guadalupe	13.567f	5.000a	750c	---	13.076(8)
Guayana Británica	3.165	---	6.982	4.087(1)	7.447
Guayana Francesa	2.204a	1.120a	1.122g	1.922(3)	1.590
Islas Bahamas	---	17.941	3.196	7.653(1)	3.213
Islas Caimán	---	---	---	---	9.000
Islas Malvinas	128	---	---	---	---
Islas Turcas y Caicos	---	---	---	58(3)	65(7)
Islas Vírgenes (R.U.)	44	---	---	73(1)	104
Martinica	18.817	7.650a	10.685	11.641(3)	9.779
Montserrat	1.204	903	927	873(1)	458
Puerto Rico	---	---	---	---	---
San Crist.-Niev.-Ang.	3.300	2.979	---	---	---
San Pedro y Miquelón	224	---	---	---	---
San Vicente	---	---	2.405	1.512(1)	1.820
Santa Lucía	---	---	3.200	1.500(3)	---
Surinam	6.375	8.400	5.286	6.237(1)	6.250
Zona Canal Panamá	9.528f	---	---	---	---

... No se dispone de datos.

g-Provisional

1) Enero-octubre 1963

a-Datos incompletos

h-Enero-marzo

2) Enero-septiembre 1963

b-Estado de Sao Paulo

i-La información excluye

3) Enero-agosto 1963

c-Enero-abril

vacunaciones hechas por

4) Enero-noviembre 1963

d-Enero-noviembre

médicos generales. Fuen-

5) Enero 1964-mayo 1965

e-Enero-septiembre

te de información: In-

6) Enero 1964-abril 1965

f-Vacunaciones primarias

forme de los Gobiernos.

7) Enero-septiembre 1964

8) Enero 1964-junio 1965.

CUADRO IV

Fondos de la OPS/OMS y del UNICEF asignados a los programas
 de la erradicación de la viruela, 1948-1964
 (En dólares E.U.A.)

Programas	OPS/OMS	UNICEF	Total
AMRO-0300	130.426	--	130.426
Argentina-2	9.736	--	9.736
Bolivia-0300	51.544	--	51.544
Brasil-0300	48.414	--	48.414
Colombia-17	103.789	15.000	118.789
Cuba-8	30.741	--	30.741
Chile-0300	12.172	--	12.172
Ecuador-0300	179.368	--	179.368
Haití-0300	3.848	--	3.848
México-31	5.307	--	5.307
Paraguay-15	10.164	--	10.164
Perú-51	1.148	--	1.148
Uruguay-12	6.870	--	6.870
Venezuela-12	5.750	--	5.750
TOTAL	599.277	15.000	614.277