

rollo regional, junto con los Ministerios de Salud, Previsión y Asistencia Social, Educación y Cultura, y Trabajo, analizó la definición de las condiciones mínimas de atención de los trabajadores de esas empresas, desde el punto de vista de salud y educacional.

El artículo 2° de la resolución No. 3750/79 del Consejo Deliberante de SUDAM estipula lo siguiente:

La atención médico-sanitaria mínima que se proporcionará al personal de la empresa tendrá como objetivos:

- Proteger a la población contra las endemias regionales e impedir la introducción de las inexistentes en la Región, mediante medidas de cobertura colectiva.

- Fomentar la atención médica individual, para lo cual los responsables de las empresas comprendidas en este artículo deberán:

1. Fomentar, en colaboración con la Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM/MS), el adiestramiento de empleados para el desempeño de tareas de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la malaria y la esquistosomiasis, así como para la aplicación de vacuna contra la fiebre amarilla selvática.

2. Instalar en el local de la empresa un pequeño laboratorio para el diagnóstico de la malaria y la esquistosomiasis de acuerdo con especificaciones provistas por SUCAM/MS.

3. Construir, cerca del laboratorio, un alojamiento cubierto debidamente de mosquiteros y con paredes verticales completas, destinado al control de la enfermedad

y al tratamiento de enfermos.

4. Construir alojamientos y viviendas que, aun cuando sean rústicos o temporales, tengan paredes verticales completas de todos lados; estos deben estar situados en lugares alejados de aguas estancadas o con criaderos de vectores, y tener a su alrededor una zona sin vegetación de cerca de 50 m de radio.

5. Proporcionar a SUCAM/MS información detallada sobre la localización de vías de acceso al área de la empresa, el programa anual, las épocas de desmonte, el número de trabajadores a ser utilizado y la fecha probable de llegada de los mismos a la zona de trabajo.

La Asociación de Empresarios de Amazonia (AEA) suscribió un convenio con la SUCAM con el objeto de combatir la malaria en los proyectos agropecuarios, del cual se destacan las siguientes tres cláusulas:

1. Asignar a la SUCAM un funcionario de la AEA para llevar a cabo las actividades de rociamiento y de epidemiología.

2. Instalar un pequeño laboratorio en la zona del proyecto para el diagnóstico de la malaria.

3. Administrar medicamentos antimaláricos provistos por SUCAM, utilizando invariablemente los esquemas de tratamiento recomendados por dicho organismo.

(Fuente: *Boletim Epidemiológico*,
Vol. IX (26), 1979.
Ministerio de Salud del Brasil.)

7964

INDEXED

Situación del *Aedes aegypti* en Bolivia, 1980

En Bolivia, el *Aedes aegypti* estuvo establecido en el Departamento de Santa Cruz, en un área de aproximadamente 85 km², que incluía la ciudad de Santa Cruz y 45 localidades adyacentes. Sobre las áreas navegables de los Ríos Abuna y Mamoré se encontraban otras 17 localidades infestadas. Además, se registró la presencia del vector en Yacuiba, Todos Santos y Puerto Suárez.

En 1943, Bolivia fue el primer país en las Américas que logró erradicar el *A. aegypti*, tras una ardua labor, y oficialmente fue declarado libre del vector en 1948.

Según información de la División Nacional de Epidemiología, entre 1948 y 1957 la vigilancia del *A. aegypti* estuvo a cargo del Servicio de Endemias Rurales. Desde 1958, la vigilancia fue ejercida por el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM). A partir de

1966, esta actividad fue transferida al Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (INET). En 1971 se reestructuró el programa de vigilancia con la participación de la OPS/OMS y el INET, elaborando un plan para la vigilancia del *Aedes aegypti* en Bolivia. Si bien se llevaron a cabo encuestas esporádicas en algunas localidades en Beni y Tarija, Departamento de Santa Cruz, así como encuestas sistemáticas en el aeropuerto internacional y la terminal ferroviaria, las actividades de vigilancia a nivel nacional fueron interrumpidas en octubre de 1977.

El 7 de febrero de 1980, durante las prácticas sobre el terreno en relación con un curso sobre vigilancia del *A. aegypti* efectuado en la ciudad de Santa Cruz, con objeto de adiestrar personal en encuestas entomológicas, se en-

Figura 1. Localidades encuestadas para determinar la presencia de *Aedes aegypti*, Bolivia, 1980.



contraron larvas y adultos de *A. aegypti*, que fueron identificadas por personal que participaba en el curso. Posteriormente se obtuvo confirmación del género y especie del vector en el Centro de Enfermedades Tropicales en Santa Cruz y en los laboratorios del programa regional de erradicación del *Aedes aegypti* en Bogotá, Colombia.

En vista de los escasos recursos del Ministerio de Salud

a nivel local, y con el fin de conocer la dispersión del vector, se procedió a realizar una encuesta alrededor del área del aeropuerto internacional El Trompillo, donde se encontraron los primeros especímenes larvarios y adultos de *A. aegypti*.

Se llevaron a cabo inspecciones en un número reducido de casas en manzanas en forma alternada, y se descubrió el vector en áreas continuas desde el aeropuerto

hasta el centro de la ciudad, encontrándose incluso en los floreros de la Catedral. No se confeccionaron índices y, en consecuencia, se desconoce la densidad. Según la información disponible actualmente, solo la ciudad de Santa Cruz y dos pequeñas poblaciones aledañas se encuentran infestadas. De las 65 localidades que figuran en el plan de vigilancia, 27 han sido encuestadas, 24 de ellas con resultados negativos (véase fig. 1).

Aun cuando no se pueda establecer con precisión el origen de la reinfestación, se considera que el *A. aegypti* pudo haber sido transportado por vía aérea desde Cali, Colombia, ciudad infestada con la cual Santa Cruz tiene comunicación aérea directa, tanto de pasajeros como de carga.

Actividades de emergencia

Tan pronto se reconoció la reinfestación, se procedió a informar oficialmente a la OMS y a países vecinos, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional, y se iniciaron las siguientes actividades:

- Las autoridades de salud solicitaron asesoría técnica de la OPS entre el 2 y el 7 de marzo, a fin de colaborar en la evaluación de la situación originada por el descubrimiento de la reinfestación por *A. aegypti* en el Departamento de Santa Cruz y en la planificación de las actividades de control y erradicación.

- Las autoridades de salud definieron la infestación por *A. aegypti* como emergencia sanitaria y, en ese marco, se elaboró un plan que deberá ponerse en práctica a la brevedad posible.

- Los objetivos inmediatos del plan serán el control del vector, reduciendo su densidad y evitando su diseminación, a fin de mantener a la población protegida de cualquier riesgo epidémico. En una segunda fase, las actividades tienen como meta la eliminación definitiva

del *A. aegypti*.

- Con los recursos existentes en la Unidad de Salud y la participación de empresas de transporte aéreo y terrestre—tanto de autobuses como ferrocarriles—se ha prescrito la desinsectación de todos los aviones que lleguen o salgan del aeropuerto, tanto de pasajeros como de carga, a fin de controlar ese medio de diseminación del vector dentro y fuera del territorio nacional. La misma actividad ha sido acordada en las terminales de ferrocarriles y autobuses, así como para otros vehículos en puestos de vigilancia o retenes ubicados en las carreteras que vinculan a la ciudad con el resto del país. Se llevaron a cabo actividades de control del vector alrededor del aeropuerto internacional, hospitales y zonas seleccionadas, así como la aplicación de insecticida a volumen ultrarreducido (ULV) en la ciudad de Santa Cruz, actividades de saneamiento y reducción de criaderos.

- Para tener un conocimiento completo de la infestación en la ciudad de Santa Cruz, se inició una encuesta entomológica que permita tener una idea clara sobre la distribución y densidad del vector.

- Se está administrando selectivamente la vacunación antiamarillica a personas que viajan a áreas enzoóticas, así como a viajeros internacionales que se dirigen a países donde se exige certificado de vacunación. En el puesto de vigilancia de la carretera a Yapacaní, que conduce a la zona de Ichilo y que tiene antecedentes de fiebre amarilla selvática, se exigirá la vacunación con carácter obligatorio. Las actividades de educación para la salud, información y participación de la comunidad en apoyo al programa de emergencia serán realizadas con recursos de la Unidad de Salud.

(Datos provenientes del Programa de Biología y Control de Vectores, OPS.)

7965

INDEXED

Situación de la malaria en Costa Rica, 1979

En 1979 el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria analizó 176,784 muestras de sangre, encontrándose 307 positivas a la enfermedad: 274 por *Plasmodium vivax*, 31 por *P. falciparum*, 1 mixto *P. vivax-falciparum* y 1 por *P. malariae*.

Las provincias que presentaron más casos fueron Guanacaste, con 92 (30% del total), Puntarenas con 78 (25%) y Alajuela con 32 (10.4%). En la Provincia de San

José, que se encuentra fuera del área malárica, se detectaron 69 casos (26% del total), en su mayoría importados.

Del total de casos de 1979, 177 (58%) fueron clasificados como importados. De estos, 140 provinieron de Nicaragua, 23 de El Salvador, 12 de Honduras y 2 de Guatemala.

Se presentaron más casos en el área de consolidación,