

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XII Reunión

La Habana, Cuba
Agosto, 1960

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XII Reunión



CD12/8 (Esp.)
21 julio 1960
ORIGINAL: ESPAÑOL

Tema 20: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS

1. Introducción

La XI Reunión del Consejo Directivo (1959) consideró detenidamente el informe presentado por el Director (Doc. CD11/14) sobre el problema de la viruela en las Américas. Como resultado de las discusiones habidas, el Consejo expresó su satisfacción por la desaparición de la enfermedad del territorio de algunos países y por el desarrollo en otros de programas nacionales e intensivos de vacunación antivariólica; recomendó que los Gobiernos prestaran especial atención a la continuación de los programas encaminados al mantenimiento de altos niveles de inmunidad, con el fin de que los éxitos obtenidos sean permanentes; excitó a los Gobiernos de los países donde todavía existe la viruela y donde aún no se habían emprendido programas nacionales de vacunación para que los iniciaran a la brevedad posible, y recomendó que los Gobiernos estudiaran las formas de producción y almacenamiento de vacunas antivariólicas adecuadas para los programas de vacunación y de control de posibles brotes y que facilitaran a la Oficina la información necesaria que permita conocer en todo momento las existencias disponibles para su empleo en el control de brotes de viruela o en situaciones de emergencia que se produzcan en cualquier país.

La 13a. Asamblea Mundial de la Salud consideró el informe del Director General de la OMS sobre el problema en escala mundial y adoptó la Resolución WHA13.53, cuyo texto se presenta como Anexo I al presente documento.

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

2. Definición de Erradicación de la Viruela

En cumplimiento del mandato de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Oficina ha continuado los estudios y consultas necesarios para establecer

una definición de "erradicación de la viruela".

Como indica la misma resolución de la Conferencia, tal definición debe ser de aplicación universal, de modo que exista un solo criterio para juzgar cuándo los países han cumplido el objetivo final en la lucha contra esa enfermedad. Con ese propósito, la Oficina ha llevado a cabo consultas con personas autorizadas en diversos países y ha mantenido estrecho contacto con la OMS, la que también está prestando mucho interés a este asunto.

Como resultado de estas consultas, la Oficina ha sometido a la consideración de la OMS, en forma tentativa, el siguiente enunciado:

"Desde un punto de vista práctico, los países en que la viruela ha tenido carácter endémico, podrán considerar erradicada esa enfermedad cuando no ocurran nuevos casos de viruela durante los tres años consecutivos subsiguientes a 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 los 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 (recién nacidos e inmigrantes), y (b) revacunación periódica de los sectores de población más expuestos."

La Conferencia sobre Viruela que se ha de reunir en Nueva Delhi durante el próximo mes de noviembre bajo los auspicios de la OMS y que congregará participantes de los países incluidos en las Regiones del Mediterráneo Oriental, Asia Sud-oriental y Pacífico Occidental, estudiará entre otros asuntos el de la definición de erradicación de la viruela. En esta forma, la OMS podrá disponer de mayores elementos de juicio que le permitan proponer criterios universalmente aceptables. La OMS seguirá estudiando la definición de erradicación de la viruela hasta que se llegue a un texto final aceptable para todas las regiones.

3. Extensión del problema

La viruela constituye todavía un serio problema de salud pública en el Continente, como lo demuestra su presencia en varios países, con elevadas cifras en algunos de ellos. De acuerdo con los datos de que se dispone, 88,618 casos, procedentes de 15 países y otras áreas, fueron notificados en el período decenal 1950-59. En el mismo período, 7 países (Canadá, Costa Rica, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana) y 15 áreas (Bahama, Barbada, Belice, Bermudas, Guadalupe, Guayana Francesa, Islas Leeward, Islas Malvinas, Islas Vírgenes, Islas Windward, Jamaica, Puerto Rico, San Pedro y Miquelón, Surinam y Zona del Canal de Panamá), no notificaron caso alguno.

El Cuadro A muestra la distribución geográfica anual de los casos de viruela notificados a la Oficina en el período 1950-1959. Este cuadro indica que en algunos países, como Chile, México, Perú y Venezuela, no se han notificado casos de la enfermedad en años recientes, excepto en el primero en donde ocurrió un caso autóctono en 1959, a consecuencia de casos importados; y que en otros, como Bolivia, Colombia y Paraguay, el número de casos notificados ha venido disminuyendo, al punto de que en 1959 no se notificó la enfermedad en el Paraguay. Estos progresos se deben a las intensas campañas llevadas a cabo por dichos países. Puede observarse que en Centro América y el Caribe no han ocurrido casos en los últimos 5 años, con excepción de Panamá, donde en 1958 se presentó un brote de ocho casos en una población fronteriza con Colombia. Sin embargo, como en muchos de esos países o áreas el número de vacunaciones efectuadas es relativamente reducido, un porcentaje importante de la población es susceptible a la enfermedad.

Ecuador y Brasil presentaron en 1959 las más altas cifras correspondientes a viruela. En ambos países, la enfermedad tiene carácter endémico, con frecuentes brotes epidémicos en distintas zonas geográficas. La solución del problema en dichas áreas es fundamental para el éxito del programa de la eliminación de la viruela del continente americano.

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 anti-variólica 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 1959 y los primeros cuatro meses de 1960; y el Cuadro C, la correspondiente a la producción de vacuna en los mismos períodos.

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

En Argentina, el Ministerio de Salud Pública organizó reuniones en las provincias de Salta, Jujuy y San Juan, con el fin de discutir con el personal sanitario provincial el programa de erradicación de la viruela en dichas provincias como base para el planeamiento de un programa en escala nacional. Con este propósito se han hecho gestiones para prorrogar el convenio entre el Gobierno y la OPS. En 1959 se presentaron 34 casos de viruela y 5 en la primera mitad de 1960, localizados preferentemente en las zonas norte y central del país. La vacuna glicerizada que se produce es suficiente (4,099,400 dosis en 1959 y 1,943,200 dosis en los primeros cuatro meses de 1960) para cubrir las necesidades nacionales.

En Bolivia, ocurrieron, en 1957, brotes en Cochabamba y en el Departamento de La Paz, a raíz de lo cual se efectuaron campañas de emergencia con vacuna desecada obtenida en Chile y Perú. Inmediatamente después se inició un programa de alcance nacional, con el propósito de inmunizar, como mínimo, el 80% de la población total del país, con vacuna facilitada por el "Institut de la Vaccine" de París y por el Instituto Nacional de Higiene del Perú. El programa comprendía una etapa de ataque, durante la cual debían vacunarse los centros de mayor población accesibles por carreteras y ferrocarril; otra de consolidación en la que se vacunaría el resto del país, y otra final, de mantenimiento y vigilancia. La primera etapa se cumplió regularmente durante los años 1957 y 1958. La segunda fue sólo parcialmente cumplida, por cuanto queda un número importante de provincias, con una población alrededor de 660,000 habitantes, donde no se ha logrado todavía una inmunización adecuada. Pese a esta circunstancia, el éxito logrado ha sido grande, pues en 1959 sólo se registraron 7 casos de viruela. Por razones de orden económico se interrumpió el programa en diciembre de 1959. La necesidad de reanudar las actividades de vacunación antivariólica es urgente, pues de lo contrario se corre el riesgo de perder lo logrado hasta ahora.

Desde agosto de 1957 hasta diciembre de 1959, se practicaron 2,758,567 vacunaciones. La Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos ha colaborado activamente en el programa. El laboratorio de preparación de vacuna desecada, cuyo equipo fue proporcionado por la Organización, entró en su fase de producción habiendo elaborado 543,800 dosis en 1959.

El Gobierno de Brasil ha aprobado un plan nacional de erradicación de la viruela, habiéndose iniciado las actividades en los Estados de Maranhão, Alagoas, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul y Goiás. La Organización ha enviado equipos para los laboratorios de producción de vacuna desecada de los Estados de Rio Grande do Sul y Pernambuco; y con igual propósito, se ofrecieron equipos adicionales para ampliar el laboratorio del Instituto Oswaldo Cruz. Se otorgó una beca a un profesional para visitar centros científicos de producción de vacuna desecada. En 1958 se vacunaron 4,139,872 personas y 3,129,232 en el primer semestre de 1959. La producción de vacuna glicerínada en los mismos períodos fue de 8,196,555 y 6,219,622 dosis, respectivamente.

En Chile, el programa normal de vacunación está a cargo de los servicios locales de salud pública. En 1959, con motivo de 3 casos importados y 1 autóctono de viruela, las autoridades desarrollaron un programa intensivo de vacunación, lográndose inmunizar 1,500,000 personas en el espacio de un mes. Desde el año 1955 hasta 1959 se realizaron 6,123,409 vacunaciones (1,125,469 primovacunas y 4,997,940 revacunaciones) en una población estimada, al 30 de junio de 1959, en 7,465,000 habitantes, lo que representa la inmunización del 82% de la población total del país. El programa normal consiste en la vacunación de todos los lactantes e inmigrantes y la revacunación, cada 5 años, del 20% de la población. El laboratorio de producción de vacuna antivariólica del Instituto Bacteriológico, al cual la Organización proporcionó equipo adicional en 1958, ha aumentado la producción, que en 1959 llegó a 7,850,000 dosis de vacuna glicerínada y a 1,310,000 dosis de desecada; y en los primeros 4 meses de 1960, a 250,000 y 210,000 respectivamente.

En Colombia, la campaña nacional se inició en octubre de 1955 con el propósito de vacunar en 5 años al 80% de la población, la que se estima en 13,529,628 habitantes. Se espera incorporar la vacunación antivariólica a las actividades de los servicios locales de salud pública, en forma racional y orientada para mantener en forma permanente la inmunidad de la población. La Organización ha venido proporcionando los servicios de un consultor que coopera con las autoridades nacionales en el desarrollo del programa; facilitó también los servicios de un consultor en la producción de vacuna desecada y concedió becas en el exterior a tres profesionales para estudiar la producción de vacuna y la organización y desarrollo de campañas de vacunación. UNICEF proporcionó el equipo para la producción de vacuna desecada. Desde el comienzo del programa se ha hecho una campaña sistemática de vacunación, casa por casa, en los Departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Distrito Especial de Bogotá, Tolima, Valle, Caldas, Huila, Cauca, Antioquia y Nariño, habiéndose vacunado 8,063,794 personas hasta marzo de 1960. No se ha comenzado aún la vacunación en 12 Departamentos, con una población de 3,425,177 habitantes, lo que podrá lograrse en los primeros meses de 1961 de continuarse con el ritmo actual de 70 vacunaciones por vacunador-día y con los mismos 20 inspectores y 40 vacunadores.

La campaña está bajo la dirección inmediata de un Coordinador Nacional y tres Médicos Zonales. Se ha organizado un servicio cuidadoso de notificación de casos, los que en su totalidad, y siempre que pertenezcan a zonas vacunadas, son visitados por médicos con el objeto de confirmar el diagnóstico a base de la evidencia clínica y epidemiológica, así como por exámenes de laboratorio siempre que sea posible. El Instituto Samper Martínez produjo 4,511,600 dosis de vacuna desecada en 1959 y 952,825 dosis en los primeros meses de 1960.

En Cuba, se produce vacuna glicerizada suficiente para las necesidades del país, así como una pequeña cantidad de vacuna desecada. La Organización ha proporcionado el equipo necesario para producir este tipo de vacuna en mayor cantidad, y un consultor visitará próximamente el país para colaborar con las autoridades nacionales en el logro de este objetivo. El Gobierno ha ofrecido 500,000 dosis de vacuna glicerizada para el programa regional y ha anunciado otra aportación de dos millones de dosis para el programa mundial auspiciado por la OMS.

En Ecuador, la viruela constituye un grave problema de salud pública, pues en 1959 se notificaron 1,184 casos y 910 en los primeros 6 meses de 1960. El programa se inició en 1958 con el objetivo de vacunar el 80% de la población del país en un plazo máximo de 5 años. Hasta abril de 1960 se habían realizado 934,766 vacunaciones, correspondiendo 403,964 a la Provincia de Pichincha (37% de la población) y 530,802 a la Provincia de Guayas (68% de la población), quedando 16 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 bajo rendimiento y escaso número de vacunaciones, debido principalmente a la falta de fondos para el pago de sueldos y viáticos y el mantenimiento de los vehículos de transporte. Es de esperar que pronto se corrijan estas dificultades, a fin de que el programa pueda obtener el objetivo planeado. La Organización ha estado colaborando por medio de un consultor permanente. El Instituto Nacional de Higiene elaboró 1,210,820 dosis de vacuna desecada en 1959 y 345,940 en los primeros 4 meses de 1960.

En Haití, el Gobierno aprovechó la fase de vigilancia de la campaña de erradicación de la frambesia para efectuar una de vacunación antivariólica, que comenzó en 1957 en las principales ciudades del país. Desafortunadamente, por razones de orden administrativo, este programa se interrumpió en 1958 no pudiéndose continuar con la vacunación en el medio rural. El número de vacunaciones practicadas fue de 443,119, habiéndose usado vacuna suministrada gratuitamente por Cuba, México y Venezuela.

En México, como resultado de una campaña que cubrió todo el territorio nacional, no han ocurrido casos de viruela desde 1952 y se mantiene un alto nivel inmunitario mediante la vacunación regular efectuada por los servicios

locales de salud pública. En 1958 fueron vacunadas 5,000,000 de personas. La Organización proporcionó equipo y los servicios de un consultor especializado en la producción en gran escala de vacuna desecada. México cuenta con grandes cantidades de vacuna glicerinada (12,000,000 de dosis producidas en 1958); y en la XII Asamblea Mundial de la Salud anunció que ponía a disposición de la Organización cinco millones de dosis.

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 dió por terminada la campaña, en la que se inmunizaron 1,462,904 personas, lo que representa el 86.7% de la población estimada al 30 de junio de 1959. Del total de vacunaciones, 221,345, o sea el 15%, fueron primovacunas. La campaña usó vacuna glicerinada producida en el Uruguay, habiéndose empleado la técnica de multipresión y el método de numerosas pequeñas concentraciones de pobladores. El mantenimiento de un adecuado índice inmunitario ha quedado a cargo de los servicios regulares de salud pública. Desde junio de 1958 no se han registrado casos de viruela.

En Perú, la Organización colaboró en la campaña de erradicación que se inició en octubre de 1950 y alcanzó a 7,672,892 personas, o sea, el 87% de la población del país. El resultado de esta bien organizada campaña queda demostrado por el hecho de que no han ocurrido casos desde diciembre de 1954. En 1958 se vacunaron 1,273,017 personas y 441,445 en el primer semestre de 1959. El Instituto Nacional de Higiene produjo 3,896,255 dosis de vacuna desecada y 932,100 de glicerinada en 1958, cifras que se han mantenido aproximadamente durante 1959 y lo que va de 1960.

En Uruguay, se organizó una campaña de vacunación en la zona fronteriza con el Brasil, y se han elaborado planes para ampliarla a todo el país, pero no se ha podido firmar el convenio de colaboración con la Organización por ciertos problemas de orden legal. El laboratorio de la Municipalidad de Montevideo produjo 2,100,000 dosis de vacuna glicerinada. El equipo para la producción de vacuna desecada ha sido proporcionado por la Organización. Durante 1958 se vacunaron 102,054 personas y 34,553 en el primer semestre de 1959. En el primer semestre de 1960 se presentaron 18 casos de viruela.

En Venezuela, el Gobierno desarrolló una campaña en todo el territorio nacional, habiendo logrado que desde 1957 no ocurran casos de viruela. Con el fin de consolidar los resultados obtenidos, ha aumentado la producción de vacuna desecada (la Organización ha provisto el equipo necesario); se ha iniciado también la incorporación de la vacunación antivariólica a las actividades ordinarias de los servicios locales de salud pública, con los cuales se planea integrarla totalmente. Durante 1958 fueron vacunadas 862,585 personas y 344,300 en el primer semestre de 1959; y se produjeron 6,000,000 de dosis de vacuna glicerinada y 200,000 dosis de vacuna desecada.

5. Consideraciones finales

La campaña de erradicación de la viruela en las Américas progresa, aun cuando a un ritmo menor del deseable. Es imprescindible intensificar el esfuerzo que realizan los países en donde la enfermedad se mantiene, tanto para la protección de sus propios habitantes como para la seguridad de los países que la han erradicado o están en vías de hacerlo.

En algunos países, las actividades se han visto retrasadas a causa de dificultades de carácter administrativo y financiero, entre las cuales figuran el atraso en la adquisición de suministros y equipo, la falta de un número suficiente de personal disciplinado y debidamente remunerado, la carencia de medios adecuados de transporte y los deficientes sistemas de pago de gastos de viaje para el personal de campo.

El costo de lo que falta para completar con éxito la campaña continental de erradicación de la viruela es relativamente pequeño si se le compara con el de las campañas de erradicación de otras enfermedades importantes. Es de esperar que los gobiernos hagan un esfuerzo para incluir las asignaciones necesarias en sus presupuestos nacionales.

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.

Desde hace más de 150 años se dispone de una vacuna eficaz contra la viruela, cuya aplicación sistemática, debidamente organizada, basta para asegurar la protección completa de una población. No hay duda de que se puede y se debe lograr la erradicación de la viruela en las Américas.

Los Cuerpos Directivos de la Organización han expresado repetidas veces la necesidad de que, de una vez por todas, se elimine la viruela del Hemisferio Occidental. La Oficina ha venido colaborando y está dispuesta a continuar sirviendo con todos los medios a su alcance a los Gobiernos Miembros, para que se logre, dentro del más breve plazo posible, esta máxima aspiración.

CUADRO A

CASOS DE VIRUELA NOTIFICADOS EN LAS AMERICAS, POR PAISES 1949-1959

Area	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Total	18,352	20,815	9,221	9,301	8,957	11,979	8,348	6,371	5,836	4,343	3,447
Argentina	1,609	4,788	1,404	982	336	256	55	86	335	27	34
Bolivia	805	594	728	432	429	624	372	481	1,310	183	7
Brasil (a)	670	706	1,190	1,668	923	1,035	2,580	2,385	1,017	1,232	1,354 (e)
Colombia	3,040	4,818	3,844	3,235	5,526	7,203	3,404	2,572	2,145	2,009	867
Cuba	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	4	2,744	47	15	9	-	-	-	-	-	1
Ecuador	664	251	174	665	708	2,516	1,831	669	923	863	1,184
Estados Unidos	49	39	11	21	4	c) 9	c) 2	-	c) 1	-	-
Guatemala	4	10	3	1	1	-	-	-	-	-	-
México	1,060	762	27	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	b) 8	-
Paraguay	179	304	282	797	770	207	57	132	103	21	-
Perú	6,035	3,612	1,218	1,360	172	115	-	-	-	-	-
Uruguay	9	3	-	16	7	1	45	42	2	-	-
Venezuela	3,951	2,181	280	109	72	13	2	d) 4	-	-	-
Antillas Neerlandesas	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Martinica	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

(a) Datos correspondientes al Distrito Federal y a las capitales de los Estados, con Excepción de Salvador, 1953 y 1954, y Niteroi, 1955.

(b) Incluyendo cuatro casos importados.

(c) Estos casos no reúnen los requisitos propios del criterio generalmente aceptado para un diagnóstico de viruela.

(d) Diagnóstico clínico sin evidencia epidemiológica.

(e) Datos hasta Agosto 1959. Incluye solo Distrito Federal y Capitales de los Estados.

CUADRO B
 VACUNACIONES ANTIVARIOLICAS

País	1958	1959	1960 Enero-Abril
Argentina	751,591	1,280,486	91,632 (1)
Bolivia	2,432,186	422,945	7,500
Brasil	4,139,772	7,856,294	
Colombia	2,557,615	2,643,381	499,967
Costa Rica	25,395	15,820	7,467
Cuba	7,996	25,083	11,742
Chile	628,325	2,778,686	926,800
Ecuador	301,112	546,667	160,470
El Salvador	43,620	32,818	10,120
Guatemala	99,200	34,428	21,472
Haití	443,119	--	30
Honduras	32,328	12,824	3,007
México	3,089,701	5,287,714	682,521
Nicaragua	10,108	10,521	2,825
Panamá	48,610	33,108	
Paraguay	594,003	589,316	78,766 (2)
Perú	1,273,017	824,100	135,571
República Dominicana	4,511	5,027	7,334
Uruguay	102,054	87,324	76,022
Venezuela	862,585	1,060,850	494,410

(1) Datos Enero-Marzo 1960

(2) Datos incompletos

CUADRO C

PRODUCCION DE VACUNA ANTIVARIOLICA 1958-1960

(Número de dosis)

País	1958		1959		Enero-Abril 1960	
	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada
Argentina	6,500,000	83,000	4,099,400	60,000	1,943,200	-
Bolivia	-	37,000	-	543,800	300,000	-
Brasil	8,196,555	-	17,217,090	-	3,727,000	-
Colombia	2,125,800	4,087,980	-	4,511,600	-	952,825
Costa Rica	-	-	-	-	-	-
Cuba	180,000	-	210,000	-	110,000	-
Chile	862,500	885,000	7,850,000	1,310,000	250,000	210,000
Ecuador	161,830	337,900	-	1,210,820	-	345,940
El Salvador	210,000	-	50,000	-	9,290	-
Guatemala	92,345	-	230,900	-	138,800	-
Haití	-	-	-	-	-	-
Honduras	31,100	-	-	-	-	-
México	8,819,023	-	20,200	-	-	-
Nicaragua	35,880	-	20,859,300	-	5,278,000	-
Panamá	-	-	15,100	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-
Perú	932,100	3,896,255	1,029,400	2,735,610	113,000	-
República Dominicana	-	-	-	-	-	-
Uruguay	2,100,000	-	1,726,700	-	676,200	-
Venezuela	6,000,000	200,000	4,751,000	217,000	1,430,000	103,000

RESOLUCION WHA13.53

ERRADICACION DE LA VIRUELA

La 13^a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre la marcha de los programas de erradicación de la viruela en los países donde todavía existe esa enfermedad;¹

Considerando:

(1) que se progresa hacia la erradicación de la viruela en algunos países donde se han tomado medidas eficaces;

(2) que a pesar de ello, en algunos países donde existen focos endémicos de la enfermedad no se han iniciado todavía campañas de erradicación por dificultades locales de carácter administrativo y financiero; y

(3) que la Organización ofrece a todos los países interesados asistencia técnica para preparar y organizar campañas de erradicación,

1. ENCARECE la urgencia de erradicar la viruela en todo el mundo;

2. INSTA a las autoridades sanitarias de los países que todavía no han iniciado campañas de erradicación a que hagan todos los esfuerzos necesarios para superar las dificultades administrativas y financieras que existan y a que den a la erradicación de la viruela la especial prioridad que merece;

3. PIDE al Director General:

(1) que en los proyectos de programa y de presupuesto de los años venideros siga inscribiendo las oportunas provisiones a fin de prestar la ayuda que pidan las administraciones sanitarias nacionales para organizar y ejecutar programas de erradicación de la viruela y de realizar todas las actividades necesarias a esos efectos;

(2) que presente a la 14^a Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre la situación de los programas de erradicación en todos los países interesados.

11^a sesión plenaria, 19 de mayo de 1960
A13/VR/11

¹Documento A13/P y B/14