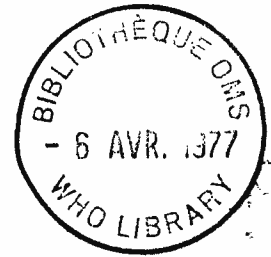




30ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 3.13 del orden del día provisional

COMITE DE VIGILANCIA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES, 19º INFORME



El Director General tiene la honra de someter a la consideración de la 30ª Asamblea Mundial de la Salud el 19º informe del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles.¹

El documento tiene por objeto informar a la Asamblea y recabar de ésta la aprobación de las recomendaciones que en él se formulan.

El Comité examinó el informe del Director General sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de 1969 en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1973 y el 31 de diciembre de 1975, y en particular la cuestión de las reservas que la Asamblea de la Salud había aceptado previamente por un periodo determinado, los requisitos de los certificados de vacunación para viajes internacionales y la experiencia en materia de "enfermedades objeto de vigilancia". Otras cuestiones examinadas fueron la frecuencia de las reuniones del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles, la vigilancia de los virus de la viruela en laboratorio y los aspectos del Reglamento Sanitario Internacional que guardan relación con la biología de los vectores.

Si la Asamblea Mundial de la Salud está de acuerdo con las recomendaciones del Comité, podría adoptar una resolución redactada en los siguientes términos:

"La 30ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el 19º informe del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles,

1. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por la labor realizada; y
2. APRUEBA las recomendaciones formuladas en el 19º informe del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles."

¹ Documento WHO/IQ/76.155.



Ginebra, 22-26 de noviembre de 1976

19^o INFORME DEL COMITE DE VIGILANCIA INTERNACIONAL
DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Indice

	<u>Página</u>
A. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de 1969 en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1973 y el 31 de diciembre de 1975	3
ANEXO 1	25
B. Reglamento Sanitario Internacional (1969) modificado en 1973: Reservas	39
ANEXO 2	41
ANEXO 3	42
ANEXO 4	45
ANEXO 5	48
C. Requisitos que deben llenar los certificados de vacunación para viajes internacionales	50
D. Examen de la experiencia adquirida en materia de "Enfermedades objeto de vigilancia"	51
ANEXO 6	53
E. Frecuencia de las reuniones del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles	54
ANEXO 7	55
F. Vigilancia de los virus de la viruela en los laboratorios	58
G. Aspectos del Reglamento Sanitario Internacional relativos a la biología de los vectores: desinsectación de aeronaves	59
H. Vacuna contra la fiebre amarilla	60

El Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles celebró su 19^a reunión en la Sede de la OMS, Ginebra, del 22 al 26 de noviembre de 1976.

Miembros

Dr. M. Borgoño Domínguez, Jefe de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública, Santiago de Chile, Chile

Dr. P. N. Burgasov, Viceministro, Ministerio de Salud de la URSS, Moscú, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (Vicepresidente)

Dr. J. S. Gill, Jefe Regional Interino, Servicios de Salud de la Comunidad, Departamento de Salud Pública, Port Headland, Australia

Dr. J. L. Kilgour, Jefe de la División Internacional de Salud, Departamento de Salud y Seguridad Social, Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Presidente)

Dr. W. Koinange Karuga, Director de la División de Epidemiología y Lucha contra las Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya (Relator)

Dr. D. J. Sencer, Subdirector General de Sanidad, Director del Centro de Lucha contra las Enfermedades, Departamento de Salud, Educación y Asistencia Social, Atlanta, Ga., Estados Unidos de América

Dr. U. Thaug, Director Adjunto (Epidemiología), Departamento de Salud, Ministerio de Salud, Rangún, Birmania

Profesor M. H. Wahdan, Jefe del Departamento de Epidemiología y Vicedecano del Instituto Superior de Salud Pública, Alejandría, Egipto

Representantes de otras organizaciones

Dr. G. Bergot, Junta de Coordinación de Asociaciones Aeroportuarias

Dr. R. W. Bonhoff, Director de Asuntos Gubernamentales e Industriales, Oficina de Facilitación, Asociación de Transporte Aéreo Internacional

Sr. H. A. Seidelmann, Jefe de la Sección de Facilitación, Organización de Aviación Civil Internacional

Secretaría

Dr. H. Bijkerk, Jefe de la Sección de Enfermedades Infecciosas, Dirección de Asistencia Médica, Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, Leidschendam, Países Bajos (Asesor Temporero)

Dr. J. O. Bond, Departamento de Enfermedades Transmisibles, Oficina Regional para las Américas/ Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. Ian Carter, Médico, Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (Secretario)

Sr. C.-H. Vignes, Jefe del Servicio de Asuntos Constitucionales y Jurídicos

El Dr. W. Chas. Cockburn, Director de la División de Enfermedades Transmisibles, abrió la reunión en nombre del Director General e hizo observar que se celebraba en un momento en que la viruela estaba ya prácticamente erradicada. No obstante, el reciente brote de una enfermedad afín a la de Marburg pone de relieve la necesidad de mantener una vigilancia continua.

El Dr. Cockburn hizo notar que la aplicación del Reglamento no había planteado ningún problema especial en los tres años transcurridos desde la precedente reunión.

Aunque la inminente erradicación de la viruela pudiera justificar la revisión del Reglamento, se estima que aún no ha llegado el momento de introducir cambios radicales. El Comité debe tener presente la necesidad de contar con disposiciones aplicables en situaciones imprevisibles como el brote reciente de la "enfermedad de Marburg" y que, al mismo tiempo, no sean tan rígidas que obstaculicen la administración cotidiana del Reglamento, sobre todo habida cuenta del rápido crecimiento del número de viajeros. La lucha internacional contra las enfermedades transmisibles sólo será eficaz si se basa en la pronta distribución de una información exacta a todos los interesados.

Se aludió en particular a la necesidad de tener bajo control el virus de la viruela en los laboratorios por el peligro de infecciones accidentales.

El Comité eligió Presidente al Dr. J. L. Kilgour, Vicepresidente al Dr. P. N. Burgasov y Relator al Dr. W. Koinange Karuga. Se aprobó el orden del día provisional.

A. APLICACION DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 1969 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 1973 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 1975

El Comité examinó el informe del Director General sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de 1969. Ese informe se reproduce a continuación y las distintas secciones van seguidas, cuando es necesario, de las observaciones y las recomendaciones del Comité.

INTRODUCCION

1. El presente informe, preparado en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 2 del Artículo 13 del Reglamento Sanitario Internacional de 1969, trata de la aplicación del Reglamento (1969) y de sus consecuencias para el tránsito internacional durante los periodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los tres años 1973, 1974 y 1975.¹
2. El presente informe sigue en líneas generales el plan de los anteriores y trata de la aplicación del Reglamento desde dos puntos de vista: el de la Organización, a la que incumbe velar por el cumplimiento de sus disposiciones, y el de los Estados, expuesto en los informes presentados de conformidad con lo previsto en el Artículo 62 de la Constitución de la OMS y en el párrafo 1 del Artículo 13 del Reglamento. Para mayor comodidad, las diferentes cuestiones se tratan desde ese doble punto de vista, siguiendo el orden numérico de los artículos del Reglamento.

¹ Informes anteriores: OMS, Actas Oficiales, N° 56, 1954, pág. 3; N° 64, 1955, pág. 1; N° 72, 1956, pág. 3; N° 79, 1957, pág. 493; N° 87, 1958, pág. 397; N° 95, 1959, pág. 471; N° 102, 1960, pág. 35; N° 110, 1961, pág. 31; N° 118, 1962, pág. 35; N° 127, 1963, pág. 27; N° 135, 1964, pág. 29; N° 143, 1965, pág. 41; N° 168, 1968, pág. 51; N° 176, 1969, pág. 127; N° 193, 1971, pág. 124; N° 209, 1973, pág. 71; N° 217, 1974, pág. 52.

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 1969

TITULO II - NOTIFICACIONES E INFORMACIONES EPIDEMIOLOGICAS

Artículo 11

3. Seychelles. El Gobierno comunica que, a pesar de lo dispuesto en el Artículo 11.1, no se le facilitó ninguna información sobre la epidemia de cólera en las Comoras. (En enero de 1975 hubo intercambio de correspondencia sobre la misma cuestión en relación con Sri Lanka, Malawi y Kenya. Se señaló a la atención de las autoridades sanitarias de Seychelles la existencia del Servicio de Respuesta Automática por Telex. La presencia del cólera en los países mencionados se notificó a ese servicio.)

4. En los partes epidemiológicos semanales¹ se publicaron notas epidemiológicas sobre las enfermedades objeto de reglamentación o de vigilancia internacional (resoluciones WHA22.47 y WHA22.48) y sobre otras enfermedades transmisibles. Con la cooperación de varias administraciones sanitarias que autorizaron a la Organización a reproducir o resumir comunicaciones aparecidas en sus informes nacionales sobre enfermedades transmisibles, de 1973 a 1975 se publicaron diversas notas sobre las cuestiones siguientes:

investigaciones sobre accidentes, actinomicosis, conjuntivitis hemorrágica aguda, adenovirus, síndrome hemorrágico de Altamira, amebiasis, infecciones urinarias prenatales, ántrax, arbovirosis, babesiosis, Bacteroides bacteremia, botulismo, brucelosis, Centro Epidemiológico del Caribe (información), enfermedad de Chagas, cólera, coriomeningitis, ciguatera, brotes por intoxicación por Clostridium welchii, infecciones por el virus Cocksackie, fiebre dengue, fiebre hemorrágica dengue, enfermedades diarreicas, difteria, disentería, infecciones por Echinococcus granulosus echovirus 9, echovirus 11, echovirus 19, eczema vaccinatum y vaccinia, encefalitis (encefalitis equina del Este, encefalitis equina, encefalitis japonesa, encefalitis de San Luis, encefalitis venezolana, encefalitis equina del Oeste), infecciones entéricas, enterovirus, brotes transmitidos por alimentos, intoxicación alimentaria, gastroenteritis, hemorragia, infecciones por Haemophilus influenzae, fiebre hemorrágica, fiebre aftosa, riesgos para la salud asociados con los animales domésticos, Herpes simplex, Herpes zoster, hidatidosis, hepatitis, inmunización contra el sarampión, paperas y rubéola, importación de primates no humanos, mononucleosis infecciosa, fiebre de Lassa, lepra, leptospirosis, listeriosis, paludismo, virosis de Marburg, Mastomys, sarampión, meningitis, infecciones meningocócicas, meningitis meningocócica, normas microbiológicas para productos cárnicos, infecciones transmitidas por la leche, paperas, vigilancia de las micosis, Mycoplasma pneumoniae, enfermedades neurológicas asociadas con virus, neuropatología de los recién nacidos bañados con exoclorofeno, intoxicación con nitritos, oncocercosis, ornitosis, psittacosis, infecciones por Pasteurella y Yersinia, tos ferina, plaguicidas, intoxicación con plaguicidas, peste, poliomiелitis, vigilancia de las zoonosis en los primates, Pseudomonas dermatitis, calidad de los alimentos y del agua y manipulación de los desechos en el tránsito internacional (consulta no oficial), fiebre Q, rabia, exposición a las radiaciones, fiebre recurrente, infecciones respiratorias, rinovirus, fiebre maculosa de las Montañas Rocosas, rodenticidas, rubéola, anticuerpos de la rubéola, vigilancia de Salmonella y Shigella, esquistosomiasis, enfermedades de transmisión sexual, envío de muestras patológicas para análisis en laboratorio, infecciones cutáneas en las personas que manipulan la carne, vigilancia de la viruela, bacteriemia por Staphylococcus aureus, infección estafilocócica transmitida por los alimentos, intoxicación alimentaria estafilocócica en los viajes aéreos internacionales, vigilancia de los estafilococos, infecciones por estreptococos del grupo B, angina estreptocócica, sífilis, tétanos, toxoplasmosis, triquinosis, cursos sobre epidemiología y lucha contra las enfermedades transmisibles, tuberculosis, fiebres tifoidea y paratifoideas, tifus, vacunaciones, infecciones vacunales, enfermedades venéreas, productos bacterianos de veterinaria, Vibrio parahaemolyticus, vigilancia de las virosis, tos ferina, peste de los roedores salvajes, pian, fiebre amarilla, infecciones por Yersinia enterocolita.

¹ Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

5. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno señala la conveniencia de que al menos una vez al mes se incluyan en los partes epidemiológicos semanales¹ los totales acumulativos, desde el principio del año y comparándolos con los del año anterior, del número de casos de peste, cólera y fiebre amarilla, como se hace con la viruela.

6. En sus resoluciones WHA22.47 y WHA22.48, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Organización y a los Estados Miembros que estableciesen la vigilancia epidemiológica, en los planos internacional y nacional, de determinadas enfermedades transmisibles (gripe vírica, poliomielitis paralítica, tifus y fiebre recurrente transmitidos por piojos, y paludismo, además de las cuatro enfermedades objeto de reglamentación).

7. Para ayudar a los gobiernos a mejorar las actividades actuales de vigilancia y a aplicar otras nuevas, se han preparado prontuarios técnicos sobre la peste y la poliomielitis.

8. Las observaciones y sugerencias de los gobiernos, basadas en la utilización práctica de esos prontuarios, facilitarán su revisión periódica.

El Comité examinó la sugerencia de que se publiquen totales acumulativos mensuales, por países, del número de casos notificados de peste, cólera y fiebre amarilla. A juicio del Comité muchas veces no se logra lo más importante, es decir la pronta notificación de los nuevos casos, y la modificación propuesta podría empeorar la situación. En consecuencia, se recomendó que se instase una vez más a los Estados Miembros a notificar de manera rápida y completa los casos de esas enfermedades y a organizar o mejorar las actividades de vigilancia, en particular creando los servicios apropiados de laboratorio. El Comité llegó a la conclusión de que no procedía modificar la presentación de los partes epidemiológicos semanales.¹

Artículo 13

9. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del Artículo 13 del Reglamento y en el Artículo 62 de la Constitución, los Estados y territorios que a continuación se indican (87 en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1973, 84 en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1974 y 83 en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1975) han comunicado información acerca de los casos de enfermedades objeto de reglamentación provocados o transmitidos por el tráfico internacional, y sobre la aplicación del Reglamento y las dificultades encontradas para el cumplimiento de sus disposiciones.

Informes anuales recibidos de los siguientes Estados o territorios durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1973 y el 31 de diciembre de 1975

Afganistán (1974)	Bahrein
Alemania (República Federal de) (1973, 1974)	Bangladesh (1973, 1975)
Alto Volta	Barbados
Angola (1974)	Bélgica (1973, 1975)
Antigua (1974)	Bermudas (1974)
Arabia Saudita (1973, 1975)	Brasil (1974, 1975)
Argelia (1973)	Brunei (1975)
Argentina (1973, 1975)	Bulgaria (1975)
Australia (1973, 1975)	Burundi (1973)
Austria (1973)	Camboya (1973)
Bahamas (1974, 1975)	Canadá

¹ Welkly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

Chile (1973, 1975)
Checoslovaquia
Chipre
Colombia (1973, 1974)
Congo (1973, 1975)
Costa Rica
Cuba (1974, 1975)
Dahomey (1973)
Dinamarca (1973, 1974)
Egipto
El Salvador
Emiratos Arabes Unidos (1974, 1975)
España (1973, 1975)
Estados Unidos de América
Etiopía (1974, 1975)
Fiji (1974, 1975)
Filipinas (1973, 1974)
Finlandia (1973, 1974)
Francia
Gabón (1973)
Ghana (1973)
Gibraltar (1974, 1975)
Grecia
Groelandia (1973)
Guatemala
Guinea-Bissau (1974, 1975)
Guyana
Honduras (1974)
Hong Kong (1974, 1975)
Hungria
India
Indonesia (1973, 1975)
Irán
Irak (1973, 1975)
Irlanda
Islandia (1973, 1975)
Islas Caimanes (1974, 1975)
Islas Faroe (1973)
Islas Gilbert y Ellice (1974, 1975)
Islas Malvinas (Falklands) (1975)
Islas Vírgenes Británicas (1975)
Israel
Jamaica (1974, 1975)
Japón (1974, 1975)
Jordania (1974, 1975)
Kenya (1974, 1975)
Kuwait (1973, 1975)
Laos (1974)
Líbano (1973)
Liberia (1973)
Luxemburgo (1973)
Macao (1974)
Madagascar (1973)
Malasia (1975)
Maldivas (1973)
Malí (1973)
Malta
Marruecos (1973, 1974)
México (1973, 1974)
Mozambique (1974)
Nepal (1975)
Nicaragua (1974)
Nigeria (1973, 1975)
Noruega (1973, 1975)
Nueva Caledonia (1975)
Nuevas Hébridas (1974, 1975)
Nueva Zelanda
Países Bajos
Panamá
Pakistán (1973, 1975)
Paraguay (1973, 1975)
Polinesia Francesa (1975)
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Árabe Libia (1973, 1975)
República Árabe Siria (1973)
República Centroafricana (1973, 1974)
República Democrática Alemana (1973, 1974)
República Dominicana (1973, 1975)
República Unida del Camerún
República Unida de Tanzania (1973, 1975)
República de Viet Nam del Sur (1974)
Rhodesia del Sur (1974)
Rumania (1973, 1974)
Rwanda (1974, 1975)
San Cristóbal, Nieves y Anguila (1974)
Santa Elena (1974)
Santa Lucía (1974)
Santo Tomé y Príncipe (1974)
Senegal (1973, 1974)
Seychelles (1974, 1975)
Sierra Leona (1973, 1974)
Singapur
Sri Lanka (1973)
Sudán (1973, 1975)
Suecia (1973, 1975)
Suiza (1973, 1974)
Swazilandia (1974)
Tailandia (1973, 1974)
Territorio Francés de los Afares y los Issas (1975)
Timor (1974)
Togo (1974)
Trinidad y Tabago (1973)
Turquía (1974)
Uganda (1974, 1975)
Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
Venezuela
Yemen (1973)
Yemen Democrático
Yugoslavia
Zaire (1973)
Zambia (1973)

10. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno propone que, de conformidad con el Artículo 13 del Reglamento, la OMS prepare un informe anual sobre la aplicación de sus disposiciones. Por desgracia, como el Comité se reúne sólo una vez cada dos años, los países Miembros no pueden recibir ese informe anualmente. Convendría, pues, que se distribuyera la información a los países Miembros incluso los años en que no se reúne el Comité. Además, sería conveniente volver a la práctica anterior a 1971, según la cual los países Miembros presentaban un informe sobre la aplicación del Reglamento en el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 30 de junio, pues ello permitiría al Comité estudiar mejor los datos recibidos.

El Comité tomó nota de que sólo 33 países habían presentado los informes anuales exigidos en el Artículo 13 del Reglamento. Otros 49 países informaron sobre uno de los 3 años, y otros 53 sobre dos de los años del periodo. Cincuenta y dos países no enviaron notificación alguna. El Comité estima que el trabajo de la Organización mejoraría si un número mayor de Estados enviaran las notificaciones preceptuadas. Es verdad que algunos países utilizan para su administración interna un periodo de notificación anual diferente, pero se recomendó que en los informes a la OMS se utilizase el año natural (del 1 de enero al 31 de diciembre).

El Comité estimó que sería conveniente publicar en los partes epidemiológicos semanales¹ un informe resumido anual sobre la aplicación del Reglamento.

TITULO III - ORGANIZACION SANITARIA

Artículo 14

11. Japón. El Gobierno ha señalado los problemas que se han planteado estos últimos años en relación con la intensificación del tráfico aéreo internacional, la inocuidad de los alimentos y del agua potable y la lucha contra los insectos a bordo de aeronaves. Son muy escasos los datos recibidos de los países sobre las medidas sanitarias adoptadas en relación con los alimentos y el agua, así como los informes sobre estudios relativos a la infestación de las aeronaves por insectos. Ante la importancia creciente de esos problemas, se han practicado en Japón algunas encuestas de las que se da cuenta a continuación.

a) Análisis de los alimentos servidos en vuelos internacionales

La Estación de Cuarentena del Aeropuerto de Tokio procedió al análisis bacteriológico de 232 muestras de diferentes tipos de alimentos y de ocho muestras de leche tomadas de cuarenta aeronaves que llegaron al Aeropuerto Internacional de Tokio entre septiembre de 1973 y febrero de 1974. En 230 casos se descubrieron organismos coliformes, de los cuales dos eran patógenos. En 15 casos se identificaron estafilococos patógenos.

b) Análisis del agua potable de aeronaves destinadas al tráfico internacional

La Estación de Cuarentena del Aeropuerto de Tokio procedió al análisis de laboratorio de 76 muestras de agua potable tomadas de aeronaves que llegaron al Aeropuerto Internacional de Tokio entre abril de 1973 y marzo de 1974. Sólo 32 muestras respondían a las normas establecidas. 20 muestras no pasaron la pruebas bacteriológicas, 15 no pasaron las pruebas fisicoquímicas y 9 ninguna de las dos.

El Comité seguía siendo aplicable lo que se dijo en el amplio debate que dedicó a esta cuestión en su 18ª reunión.² Se debe instar a todas las administraciones sanitarias nacionales a que velen por la calidad de los alimentos y del agua suministrados en aeropuertos y aeronaves.

¹ Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

² OMS, Actas Oficiales, N° 217, 1974, pág. 65.

Se tomó nota de que la Asociación de Transporte Aéreo Internacional ha sacado ya a luz una interesante publicación titulada "Higiene de los alimentos en los transportes aéreos: prontuario de prácticas recomendadas".

El Comité recomienda que los Estados Miembros informen a la Organización Mundial de la Salud acerca de las normas y los métodos que aplican para la inspección de la calidad de los alimentos y del agua. A principios de 1977 publicará la OMS nueva documentación sobre esta cuestión (Manual de Higiene y Saneamiento de los Transportes Aéreos (Segunda Edición)).

Artículo 15

12. Japón. El Gobierno informa que en una encuesta sobre 42 aeronaves internacionales (38 de pasajeros y cuatro de carga) que llegaron al Aeropuerto Internacional de Tokio entre julio de 1972 y agosto de 1973 se descubrieron los siguientes casos de infestación:

INSECTOS DE IMPORTANCIA MEDICA CAPTURADOS EN AERONAVES
INTERNACIONALES EN EL AEROPUERTO INTERNACIONAL DE TOKIO, 1972-1973

Espece	Macho	Hembra	Larva	Cápsula de huevo	Total
<u>Musca domestica</u>	27	32			59
<u>Culex fatigans</u> **	9	15			24
<u>Culex gelidus</u> *	0	2			2
<u>Culex pseudovishnui</u> **	0	1			1
Grupo de <u>Culex sitiens</u>	0	1			1
<u>Culex spp.</u> *	-	-			3
<u>Aedes aegypti</u>	0	1			1
<u>Mansonia uniformis</u> **	0	1			1
<u>Anopheles subpictus</u> *	0	1			1
<u>Supella longipalpa</u> *	1	0	1	1	3
<u>Blatella germanica</u> *	0	(3)	1		1
<u>Blatta spp.</u> *	0	-	3		3
Moscas de especie desconocida*	-	-			2
Total					102

* Espece no existente en Japón.

** Espece no existente en la zona de Tokio.

() Número de insectos muertos recogidos.

El Comité hizo observar que esos resultados revelan la insuficiencia de las medidas de desinsectación adoptadas y estimó oportuno señalar a la atención de las compañías aéreas la necesidad de atenerse más estrictamente a las disposiciones nacionales de los Estados Miembros interesados en materia de desinsectación.

Artículo 17

13. Japón. El Gobierno informa que llegan a puertos japoneses algunos barcos con certificados de desratización o certificados de exención de desratización extendidos por autoridades portuarias de Estados no Miembros o de puertos no incluidos entre los autorizados por las autoridades sanitarias respectivas para extender ese tipo de certificados. Se recomienda que se pida a esos países que se atengan a las disposiciones del Artículo 17 y que informen a la OMS cuando adopten medidas de esa índole.

El Comité tomó nota de la dificultad expuesta y consideró que la solución mejor se lograría mediante la acción bilateral entre los Estados interesados.

TITULO IV - MEDIDAS Y FORMALIDADES SANITARIAS

Capítulo I. Disposiciones Generales

Artículo 28

14. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno informa que, a pesar de lo dispuesto en este Artículo, raras veces se envían a otros gobiernos notificaciones relativas a la vigilancia médica. Convendría que la OMS estudiase la posibilidad de preparar formularios normalizados para el envío de esas notificaciones (de preferencia en clave para que resulte más barato) por diversos medios de comunicación. Ello fomentaría el envío de dichas notificaciones.

El Comité se refirió a la necesidad de que los gobiernos miembros aceleren y faciliten la transmisión internacional de información epidemiológica urgente indicando los nombres, los números de teléfono de oficina y privados y los números de telex de personas a quienes se pueda enviar la información incluso fuera de las horas o días laborables oficiales. Se tomó nota de que una Región ya había preparado una lista con ese tipo de datos, y es de esperar que otras Regiones sigan ese ejemplo lo antes posible.

Capítulo III. Medidas sanitarias aplicables durante el trayecto entre los puertos o aeropuertos de salida y de arribo

Artículo 35

15. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno señala que al haberse suprimido el párrafo 1 (c) del Artículo 21 ha surgido una cierta imprecisión en la aplicación del concepto "zona de tránsito directo", ya que se han mantenido los demás artículos que hacen referencia a esas zonas. Los más afectados (los servicios sanitarios de los países a donde llegan viajeros que han pasado por zonas de tránsito directo) no podrán saber si un viajero ha estado en una zona de tránsito directo ya que las autoridades sanitarias no están actualmente obligadas a informar a la OMS del establecimiento de esas zonas.

Teniendo en cuenta que en este Artículo, donde se precisan las medidas aplicables a las personas que han permanecido en zonas de tránsito directo, no se hace distinción alguna entre esas personas y aquellas otras cuyo desembarco o traslado se haya efectuado bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias de los aeropuertos que no dispongan de esas zonas, es dudosa la necesidad de mantener el concepto de "zonas de tránsito directo".

El Comité estima que las zonas de tránsito directo sirven para otros fines, además de los puramente médicos. No obstante, cabría examinar la conveniencia de introducir modificaciones en este Artículo cuando se estudien los cambios que serán necesarios una vez erradicada la viruela.

Capítulo IV. Medidas sanitarias al arribo

Artículo 37

16. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno comunica que, como lo demuestran muchos años de experiencia y a causa del aumento constante del número de viajeros internacionales, es cada vez más difícil averiguar de palabra dónde han residido esos viajeros antes

de llegar al país, y que el control de pasaportes con ese mismo fin tropieza igualmente con dificultades y no siempre permite obtener la información necesaria. En consecuencia, se ha preparado un cuestionario sobre estado de salud y medidas de cuarentena para que lo rellenen las personas que lleguen al país.

Convendría, pues, introducir en este Artículo el nuevo párrafo 3 siguiente (el actual párrafo 3 pasaría a ser el número 4):

"Las autoridades sanitarias podrán exigir a cualquier persona que llegue al país una declaración escrita indicando los lugares donde esa persona haya estado en los 14 días anteriores a su llegada."

El Comité reconoce la necesidad de conocer el itinerario que ha seguido un viajero durante los 14 días anteriores en relación con la vigilancia de la viruela. No obstante, estima que por el momento no es necesario modificar esta sección, sobre todo teniendo presente el estado de la erradicación de la viruela.

V- DISPOSICIONES ESPECIALES RELATIVAS A CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES OBJETO DE REGLAMENTACION

Capítulo I. Peste

17. Estados Unidos de América. El Gobierno comunica lo siguiente:

1973

a) Casos humanos

En 1973 se diagnosticaron en los Estados Unidos de América dos casos no mortales de peste humana. En el primero, una niña de 9 años de Payson, Arizona, enfermó y en una muestra de sangre se descubrió un organismo gram-negativo identificado como Yersinia pestis. En 1972 se había descubierto Y. pestis en los animales de la zona próxima a su casa de montaña, habiéndose producido un solo caso de peste por contacto directo con un gato montés.

El segundo caso fue el de un hombre de 64 años de Lincoln, Nuevo México. Las muestras de sangre revelaron la presencia de Y. pestis. La investigación epidemiológica permitió comprobar el contacto con ratones muertos en un rancho de Lincoln, Nuevo México. En los últimos años se han registrado casos de peste selvática en la mayoría de los distritos de Nuevo México.

b) Vigilancia

En 1973 hubo peste epizootica entre los roedores salvajes en los distritos de Siskiyou, Tulare y Riverside, California. Estas zonas no tienen importancia para el tránsito internacional. También hubo una epizootia en C. Ludovicianus cerca de Shiprock, Nuevo México. Tampoco en ese caso la zona tenía importancia para el tránsito internacional y se adoptaron las medidas oportunas de vigilancia y de lucha.

18. Estados Unidos de América. El Gobierno comunica lo siguiente:

1974

a) Casos humanos

En 1974 se registraron en los Estados Unidos de América 8 casos de peste humana, 7 en Nuevo México con una defunción y 1 en Utah. Estas zonas no tenían importancia para el tránsito internacional.

1) El primer caso, que provocó la primera defunción por peste desde 1970, fue el de una niña de 12 años de Mentmore, Nuevo México. La tinción de anticuerpos fluorescentes en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo reveló la presencia de Y. pestis. Este resultado fue

confirmado por el diagnóstico de la peste con bacteriófagos y por pruebas bioquímicas de las sustancias aisladas en la sangre. Dos semanas antes de su enfermedad la paciente había pasado varias noches en un aprisco a 1 km y medio de su casa. No pudo determinarse si las picaduras de insectos que presentaba en las pantorrillas se habían producido en la casa o en el aprisco. En ambos sitios los perros domésticos estaban exentos de pulgas. Cerca del aprisco se descubrieron una colonia de C. Ludovicianus y nidos recién abonados de ratas silvestres. En la primavera de 1974, se descubrieron en las cercanías de Mentmore perros en los que dieron resultado positivo las pruebas serológicas y en 1973, las actividades de vigilancia permitieron descubrir, 10 km hacia el norte, C. Ludovicianus infectados por la peste.

2) El segundo caso fue el de un niño de 5 años en el distrito de Salt Lake, Utah. Cuando se le hospitalizó, se observó un gran nódulo doloroso en la axila izquierda. La aspiración del bubón reveló la existencia de bacilos gram-negativos. Se confirmó que el organismo causante era Y. pestis. El niño no había viajado el mes anterior a zonas montañosas o rurales, pero había pasado cierto tiempo en un pueblo pobre del distrito donde había conejos, cobayos, perros, gatos y un buho. Los niños atrapaban ratas de Noruega y ratones campestres para alimentar al buho y anteriormente habían capturado ardillas. No se registraron otros casos. Este fue el primer caso de peste en Utah desde 1966.

3) El tercer caso fue el de una niña de 5 años en el distrito de McKinley, Nuevo México. No había estado en contacto reciente con C. Ludovicianus u otros pequeños roedores. En cambio, tenía contacto diario con perros salvajes y domésticos cerca de Rock Springs, Nuevo México, y también había visitado la zona de Tohatchi, Nuevo México, en los 5 días anteriores a la aparición de la enfermedad.

4) El cuarto caso fue el de un muchacho de 19 años en Santa Fe, Nuevo México. La incisión de un bulto en la región femoral derecha puso al descubierto un ganglio linfático grande, hemorrágico y gangrenoso. En un cultivo del ganglio se descubrió un bacilo bipolar gram-negativo. La prueba de los anticuerpos fluorescentes reveló la presencia de Y. pestis. Antes de su enfermedad el muchacho había estado cerca de su casa en una zona árida de pinos y enebros en las afueras de Santa Fe. En esa zona se habían observado muchos ratones y roedores pequeños, pero no había indicios de peste epizootica local en esos animales.

Nota: En tres de los cuatro primeros casos de peste bubónica registrados en 1974 en el suroeste de los Estados Unidos se observaron náuseas y vómitos. Dos de los tres casos con bubones en las extremidades inferiores presentaban dolores abdominales, posiblemente relacionados con la extensión de la linfadenitis a los ganglios linfáticos mesentéricos.

5) El quinto caso fue el de una niña de 6 años en Los Alamos, Nuevo México. Confirmaron el diagnóstico las pruebas de los anticuerpos fluorescentes, de sensibilidad a los fagos y de hemaglutinación. La niña tuvo contacto con los perros y gatos de su propia casa, pero no con roedores salvajes. Se encontraron pulgas en ratones campestres y ardillas atrapados cerca de la casa.

6) El sexto caso fue el de un médico de 28 años en el distrito de McKinley, Nuevo México. La aspiración del ganglio inguinal produjo una pequeña cantidad de líquido serosanguinolento. En ese material se descubrieron por el método de tinción de Gram bacilos gram-negativos de coloración bipolar y la prueba de los anticuerpos fluorescentes confirmó la presencia de Y. pestis. El médico había estado acampando cerca del lago Little Molas y del Parque Nacional Mesa Verde, Colorado. Iba acompañado de dos perros que cazaron ardillas de diversas especies y otros pequeños roedores. Después de regresar a Gallup, él y los perros dieron frecuentes paseos por una zona de pinos y enebros próxima a la ciudad.

7) El séptimo caso fue el de una mujer de 62 años que había hecho una excursión para cazar conejos al distrito de Río Arriba, Nuevo México. Al parecer, la paciente contrajo la infección limpiando dos conejos salvajes que había cazado. En un cultivo de sangre tomado de la mujer se aisló Y. pestis. También se confirmó bacteriológicamente la presencia de Y. pestis en el material aislado del conejo. Desde hace muchos años se han observado casos de peste humana

asociados a los conejos, pero hasta hace poco no se les ha dado la importancia debida en la ecología y epidemiología de la peste.

8) El octavo caso fue el de un hombre de 25 años en el distrito de Bernalillo, Nuevo México, que vivía en una zona semi-rural en las afueras de Albuquerque. Afirmó que en la semana anterior a la aparición de los síntomas no había sufrido picaduras de insectos ni había tenido contacto con roedores o conejos. En su casa tenía dos perros y cinco gatos. Unas dos semanas antes de la aparición de los síntomas, advirtió numerosas picaduras de insecto en el tronco y extremidades que parecían ser picaduras de pulgas, pero no vio pulgas en los gatos. En esa zona había peste recurrente desde hacía años. Los causantes suelen ser una especie de ratones silvestres.

b) Vigilancia

En 1974 se registraron casos de peste epizootica entre los roedores salvajes, en particular C.Ludovicianus, en Arizona, California, Colorado, Montana, Nuevo México, Oregón, Texas y Utah. En Montana y Texas se descubrió la peste gracias a un programa de vigilancia basado en la interpretación de muestras serológicas tomadas de carnívoros. Las zonas afectadas no tienen importancia para el tránsito internacional y se han aplicado las medidas oportunas de vigilancia y de lucha.

19. Estados Unidos de América. El Gobierno comunica lo siguiente:

1975

En los Estados Unidos de América se confirmaron bacteriológicamente 20 casos de peste humana con 4 defunciones. Se registraron 3 casos en Arizona, 1 en California, 1 en Colorado, 14 en Nuevo México y 1 en Utah. Se notificaron otros 8 casos sospechosos, 3 en Arizona y 5 en Nuevo México, pero en ninguno hubo confirmación bacteriológica de peste.

En el cuadro siguiente figuran los datos sobre la localización, la edad y el sexo, y la fecha de aparición de los síntomas de los casos confirmados. Las defunciones fueron las siguientes: 1 niña de 1 año (distrito de Ventura, California); 1 niña de 2 años (distrito de McKinley, Nuevo México); 1 niño de 14 años (distrito de Bernalillo, Nuevo México); y 1 mujer de 80 años (distrito de Custer, Colorado). Todos los demás enfermos se restablecieron.

El número de casos de peste humana es el mayor registrado en un solo año desde 1924. En los últimos 11 años ha aumentado el número de casos, con tendencia a culminar cada 5 ó 6 años.

Hubo una extensa epizootia de peste entre los roedores salvajes en Arizona, California, Colorado, sur de Idaho, este y centro de Montana, Nuevo México, este de Oregón, Texas y Washington.

Las actividades de vigilancia se centran en el estudio basado en la interpretación de muestras serológicas tomadas de carnívoros. Dieron resultado positivo muestras serológicas tomadas de tejones en Idaho, por primera vez desde 1968. Hubo extensas epizootias en la Reserva Navajo de los estados de Arizona, Colorado, Nuevo México y Utah, lo que obligó a combatir con insecticidas las pulgas vectoras de peste en C.Ludovicianus.

Las zonas en las que se registraron casos de peste no tienen importancia para el tránsito internacional. Se aplicaron las medidas adecuadas de vigilancia y de lucha.

PESTE HUMANA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA
1975

Estado	Distrito	Edad/Sexo	Aparición de los síntomas	Clasificación	Resultado
Nuevo México	Bernalillo	11/varón	11 de febrero	bubónica afectando las meninges	restablecimiento
Arizona	Navajo	31/hembra	6 de mayo	bubónica	restablecimiento
Arizona	Navajo	3/hembra	10 de mayo	bubónica	restablecimiento
California	Ventura	1/hembra	14 de mayo	bubónica	defunción
Arizona	Yavapai	23/varón	11 de junio	bubónica con neumonía secundaria	restablecimiento
Utah	San Juan	3/hembra	26 de junio	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	San Juan	12/hembra	9 de julio	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	San Miguel	15/varón	18 de julio	meningitis	restablecimiento
Nuevo México	San Miguel	9/varón	24 de julio	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	McKinley	2/hembra	2 de agosto	bubónica	defunción
Nuevo México	Sandoval	3/hembra	4 de agosto	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	Sandoval	64/hembra	8 de agosto	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	Bernalillo	14/varón	25 de agosto	bubónica y neumonía	defunción
Nuevo México	Santa Fe	28/hembra	14 de septiembre	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	Lincoln	30/hembra	13 de septiembre	septicemia probable y neumonía	restablecimiento
Colorado	Custer	80/hembra	18 de septiembre	septicemia y neumonía	defunción
Nuevo México	Río Arriba	12/hembra	20 de septiembre	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	Río Arriba	3/hembra	20 de septiembre	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	Río Arriba	10/hembra	20 de septiembre	bubónica	restablecimiento
Nuevo México	Santa Fe	8/hembra	21 de septiembre	bubónica	restablecimiento

El Comité tomó nota de que en los tres años objeto del informe no se habían registrado casos de propagación internacional de la peste. El Comité elogió la detallada presentación de los casos efectuada por los Estados Unidos de América y la recomendó como modelo de notificación a otros Estados Miembros.

Artículo 54

20. Japón. Teniendo en cuenta que se presentan certificados de desratización y de exención de desratización después del periodo de validez de seis meses, se sugiere que la OMS dé las instrucciones oportunas para evitar esa práctica.

El Comité sugiere que los problemas planteados por los certificados de exención de desratización se pongan directamente en conocimiento de los demás Estados interesados y sólo se recurra a la OMS cuando bilateralmente no se llegue a una solución satisfactoria.

Capítulo II. Cólera

1973

21. Argelia. El Gobierno comunica que, aparte de las disposiciones adoptadas para proteger a la población de Argelia, se aplicaron medidas en las fronteras para dar efecto al Artículo 31 y se exigió la vacunación a los viajeros que salían del país.

22. Bahrein. El Gobierno comunica que el brote de cólera que se produjo en Bahrein los meses de octubre y noviembre de 1973 (37 casos, ninguno de ellos mortal) se debió a excretores asintomáticos del vibrión que regresaron de zonas infectadas de países vecinos. Las medidas excesivas aplicadas a los viajeros por algunos países limítrofes en el momento del brote crearon algunos problemas que pudieron resolverse en parte por contactos bilaterales.

23. Francia. El Gobierno comunica que durante 1973 se registraron cuatro casos de cólera en el territorio francés, todos ellos relacionados con el tráfico internacional.¹

a) Un viajero procedentes de Abidján, que llegó a Francia el 26 de mayo, fue hospitalizado el 29 del mismo mes por sospecharse que padecía cólera. Las primeras manifestaciones de la enfermedad se presentaron el 28 de mayo a medio día y correspondían a los síntomas típicos del cólera. El vibrión no se identificó porque no se tomaron muestras hasta 16 horas después de haber iniciado el tratamiento con antibióticos, pero el diagnóstico clínico se mantuvo.

b) El 24 de agosto, una niña de 11 años de nacionalidad argelina presentaba una disentería sumamente sospechosa a su llegada a Marsella. La familia, que venía de un duar (distrito rural) de Mers-El-Kebir, había embarcado en Orán. El diagnóstico se confirmó al identificarse V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

c) El 25 de agosto hubo que hospitalizar en Marsella a una ciudadana francesa de 25 años de edad, residente en Reims, que llegaba de la capital de Túnez después de una estancia de 15 días en ese país. Los coprocultivos revelaron la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

d) El 15 de septiembre hubo que hospitalizar en París a una niña de 7 meses, de nacionalidad argelina, que llegó con su familia en avión desde Orán después de pasar un mes en Argelia y Ghazouet (Departamento de Tlemcen). El diagnóstico se confirmó el 24 de septiembre al identificarse V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

No hubo casos secundarios.

24. Alemania, República Federal de. El Gobierno comunica que en 1973 se notificaron 5 casos de cólera.¹

a) El primer caso fue el de un turista de 52 años que llegó el 27 de julio a Aquisgrán desde Túnez y fue hospitalizado el 2 de agosto. El 6 de agosto, el Instituto Robert Koch formuló el diagnóstico bacteriológico siguiente: V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

b) El segundo caso fue el de un turista de 55 años de edad, que llegó el 7 de agosto a Berlín (Oeste) procedente de Túnez (Djerba), y que fue hospitalizado el 8 de agosto por diarrea grave. El 9 de agosto el Instituto Robert Koch formuló el siguiente diagnóstico bacteriológico: V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

c) En el tercer caso se trataba también de un turista de 19 años de edad que llegó a Alsfeld (Hesse) procedente de Túnez y que fue hospitalizado el 28 de agosto. El diagnóstico bacteriológico del Instituto Robert Koch fue: V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

d) El cuarto caso fue un italiano de 53 años que llegó a Offenbach (Hesse) procedente de Nápoles el 2 de septiembre y que fue hospitalizado ese mismo día. El diagnóstico bacteriológico del Instituto Robert Koch fue: V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

e) En el quinto caso se trataba de una mujer de 61 años de edad que salió de Frankfurt-am-Main con destino a Turquía, pasando por el norte de Italia, Yugoslavia y Bulgaria. Permaneció en Estambul los días 26 y 27 de agosto y viajó a Izmir y Ankara los días 28, 29 y 30 del mismo mes. Regresó por vía aérea desde Ankara a Frankfurt-am-Main y manifestó los primeros síntomas durante el vuelo. Fue hospitalizada el 3 de septiembre y el Instituto Robert Koch formuló el siguiente diagnóstico bacteriológico: V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Inaba.

¹ Véase el Anexo (páginas 25-38).

El serotipo causante de la epidemia de cólera en Italia era el Ogawa, mientras que en Turquía había prevalecido el serotipo Inaba.

25. Sri Lanka. El Gobierno comunica que no se ha determinado la verdadera fuente de la epidemia de cólera que se registró en el país en la segunda mitad de 1973.

26. Suecia.¹ El Gobierno comunica que, gracias a la intensa vigilancia a que se sometió a los turistas que regresaban de Túnez a fines de julio y comienzos de agosto, se aisló V.cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa, en 10 turistas, de los cuales sólo uno presentaba los síntomas típicos. Los laboratorios suecos comunicaron que habían analizado las heces de 710 turistas para determinar la existencia de cólera, salmonelosis y shigelosis y que en el 7% de los casos se habían encontrado bacterias entéricas patógenas, entre ellas V. cholerae.

27. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno señala que en el párrafo 2 del Artículo 65, convendría omitir las palabras "que lleguen en viaje internacional de un área infectada, durante el periodo de incubación del cólera, y" porque, en la práctica, la detección de casos ha servido muchas veces de indicio para determinar la existencia de infección colérica en el país del que llegaba el paciente y que se consideraba oficialmente no infectado.

Artículo 65

Después de debatir sobre la procedencia de modificar este artículo, el Comité decidió que la modificación es, por el momento, innecesaria.

28. Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.¹ El Gobierno comunica que en 1973 se notificaron cinco casos de cólera, todos ellos importados.

29. Estados Unidos de América. El Gobierno comunica lo siguiente:

En 1973 se produjo el primer caso de cólera naturalmente adquirido, notificado a los Estados Unidos de América desde 1911. El enfermo era un hombre de 51 años de edad residente en Port Lavaca, Texas. Se notificó el caso a la Organización Mundial de la Salud, aunque carecía de importancia para el tráfico internacional. Pese a un extenso estudio epidemiológico de los contactos y del medio de vida del paciente, no fue posible descubrir un portador de cólera ni el modo de transmisión. No hubo ningún caso secundario ni riesgo alguno para la colectividad.

De conformidad con la modificación del Reglamento Sanitario Internacional vigente desde el 1 de enero de 1974, los Estados Unidos de América no exigen el certificado de vacunación anticólera para la entrada en el país, política que se viene aplicando desde diciembre de 1970.

1974

30. Bahrein. El Gobierno comunica que un país limítrofe exigió certificado de vacunación anticólera a los viajeros procedentes de Bahrein, pese a la repetida confirmación de la ausencia de cólera de Bahrein.

31. Canadá. El Gobierno comunica la importación en marzo de un caso aislado de cólera, biotipo eltor, serotipo Inaba.¹

32. Dinamarca. El Gobierno comunica la importación de un caso de cólera el mes de agosto; se trataba de un viajero procedente de Portugal.

33. Francia. El Gobierno notifica cinco casos de cólera relacionados con el tráfico internacional:¹

¹ Véase el Anexo 1 (páginas 25-38).

- a) Un ciudadano francés de 45 años de edad que regresaba por vía terrestre de Portugal tuvo que ser hospitalizado a su llegada en el Departamento de Hauts-de-Seine por una enfermedad que presentaba semejanza con el cólera. El 19 de agosto, los cultivos de heces revelaron la presencia de V. Cholerae, biotipo eltor, serotipo Inaba.
- b) El 27 de agosto, un ciudadano argelino de 29 años de edad que había llegado a Marsella por vía aérea desde Argel, donde había pasado un mes, empezó a sufrir apenas unas horas después del aterrizaje un tipo sospechoso de diarrea. Se le hospitalizó el mismo día en Marsella y los análisis de laboratorio confirmaron la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.
- c) Los días 20 y 25 de septiembre se notificaron en Marsella dos casos locales de cólera: los pacientes eran dos hermanos, trabajadores argelinos, que vivían con sus padres y siete hermanos y hermanas en un barrio de chabolas. Ni los pacientes ni los demás miembros de la familia habían salido de Francia desde hacía varios meses, pero a comienzos de septiembre habían dado alojamiento y comida a unos parientes llegados de Argelia y habían consumido alimentos que esos parientes trajeron consigo. Se confirmó la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa en los dos pacientes y en los demás miembros de la familia (nueve portadores sanos en total).
- d) El 1 de octubre, un niño portugués de 14 años de edad fue hospitalizado por cólera en París. El paciente vivía en el Departamento de Val-de-Marne y acababa de llegar a Francia después de pasar un mes de vacaciones en Portugal. Los síntomas de la enfermedad aparecieron en el tren durante la noche del 30 de septiembre. En las heces del paciente, de su madre y de dos hermanos que habían permanecido en Portugal al mismo tiempo se aislaron cepas de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.

No hubo ningún caso secundario. Se mantuvo bajo vigilancia médica y se administró tratamiento preventivo a todos los contactos de los pacientes.

34. Alemania, República Federal de. El Gobierno comunica que en 1974 se notificaron tres casos de cólera.¹

- a) El 2 de agosto, un portugués de 42 años de edad llegó a Bremerhaven procedente de Oporto y fue hospitalizado el mismo día por diarrea. El 8 de agosto, el Instituto Robert Koch confirmó el diagnóstico bacteriológico de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa.
- b) Un turista alemán de 22 años de edad regresó el 18 de agosto a Rheine (Westphalia) después de pasar tres semanas de vacaciones de Alfubeira (Portugal). Los primeros síntomas se manifestaron el día de la llegada y, aunque después se atenuaron ligeramente, fue preciso hospitalizar el 22 de agosto al interesado que padecía náuseas, somnolencia y diarrea. El Instituto Robert Koch confirmó el diagnóstico bacteriológico de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Inaba.
- c) Un portugués de 36 años salió de Mirandela (cerca de Bragança, Portugal) el 12 de septiembre y fue hospitalizado a su llegada a Hannover un día más tarde. El Instituto Robert Koch confirmó el 17 de septiembre la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Inaba.

35. India. El Gobierno notifica la introducción de un caso de cólera en el puerto de Madrás el día 20 de julio. El viajero, repatriado de Birmania, fue dado de alta del hospital el 23 de julio.

36. Portugal. El Gobierno comunica que en 1974 se registró en el país una epidemia de cólera y que se envió a la OMS información al respecto a intervalos regulares, seguida de un informe final al terminar la epidemia. El brote no guardaba relación con el tráfico internacional ni afectó en modo alguno a dicho tráfico. Habida cuenta de la entrada en vigor el 1 de enero de 1974 de las modificaciones del Reglamento Sanitario Internacional (1969), una de las cuales consiste en la supresión del Artículo 63, se recomendó simplemente que todos los viajeros se vacunasen contra el cólera.

¹ Véase el Anexo 1 (páginas 25-38).

Las medidas de lucha prosiguieron y la administración aprovechó para ello todos los medios disponibles, como el aislamiento y el tratamiento de los pacientes, la quimioterapia de los contactos, las medidas de saneamiento y la educación sanitaria.

37. Rhodesia del Sur. El Gobierno comunicó que la entrada y salida de personas a través de fronteras comunes a causa de la afiliación tribal dificulta enormemente la vigilancia de las enfermedades a las que se aplica el Reglamento Sanitario Internacional (1969) y, en particular, del cólera.

38. Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. El Gobierno notifica la importación en Inglaterra de tres casos de cólera.¹

39. República Unida del Camerún. El Gobierno comunica que se registraron dos epidemias de cólera, rápidamente atajadas. La primera dio comienzo en el departamento de Océano en Kribi, y distritos circundantes y la segunda en el departamento de Logone y Chari en Kousseri y las aldeas vecinas. Ambas epidemias comenzaron a mediados de julio. Las embarcaciones de pesca, que no son fáciles de vigilar, fueron la principal causa de propagación de la enfermedad, por lo que es muy difícil aplicar las medidas prescritas a los viajeros sospechosos procedentes de zonas infectadas. Las medidas aplicadas durante esas epidemias fueron las siguientes: vigilancia de contactos de casos primarios, hospitalización y aislamiento de los pacientes, vacunación de los habitantes en las localidades infectadas, quimioprofilaxis de los contactos, educación sanitaria del público y notificación a la OMS.

40. Estados Unidos de América. El Gobierno comunica lo siguiente:

Los Estados Unidos de América no exigen la vacunación anticolérica. En 1974 no se registró en el país ningún caso de cólera indígena ni importado.

El 19 de julio, un residente de Guam, de 57 años de edad, cayó enfermo con calambres abdominales, diarrea acuosa abundante y vómitos. Después de su hospitalización y tratamiento, presentó insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar y hemorragia intracraneal y falleció el 27 de julio. Los cultivos de heces obtenidos antes de la defunción no revelaron la presencia de agentes patógenos; sin embargo, el análisis de cultivos obtenidos del tracto intestinal en la autopsia confirmó la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa. El análisis de una muestra de heces tomada de un hombre que se puso enfermo el 20 de julio confirmó también la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Ogawa. En ambos casos y en otros cuatro sospechosos se trataba de empleados de unas obras de construcción en Harmon, Guam. Los estudios del medio revelaron la presencia de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Inaba en los colectores de aguas pluviales que desembocan en la bahía de Agana y en un canal de alcantarillado contiguo a la bahía, donde también se aisló el serotipo Ogawa. No se notificaron más casos de cólera y los estudios epidemiológicos indicaron que se trataba de un brote del mismo origen que sólo afectó a ese grupo de trabajadores. El descubrimiento de vibriones del serotipo Inaba en la bahía de Arana indica que este serotipo y el serotipo Ogawa que causó el brote pueden haber estado simultáneamente presentes en la colectividad o que se produjo una seroconversión.

1975

41. Australia. El Gobierno comunica que 89 personas fueron vacunadas contra el cólera a su llegada al país.

42. Francia. El Gobierno notifica la importación de nueve casos de cólera.¹ La enfermedad se descubrió siempre pocos días después de la llegada de los interesados a Francia y no se produjeron casos secundarios.

¹ Véase el Anexo 1 (páginas 25-38).

43. Japón. El Gobierno comunica la importación de tres casos de cólera por un buque carguero procedente de Madrás, India, que fondeó en el puerto de Kanmon el 18 de agosto. Gracias al aislamiento de los pacientes y a la aplicación de medidas preventivas adecuadas no se produjeron casos secundarios. Se desconoce el origen de la infección.

Han surgido dificultades porque varios países que no están obligados por el Reglamento Sanitario Internacional (1969), modificado en 1973, exigen a los viajeros japoneses el certificado de vacunación anticolérica. Algunos países exigen el certificado de vacunación anticolérica basándose en el Reglamento Sanitario Internacional (1969) aunque están obligados por la modificación introducida en dicho Reglamento en 1973. Además, ciertos países no aceptan los certificados japoneses expedidos en forma simplificada para los viajeros que se desplazan a esos países. Se solicitan instrucciones al respecto.

44. Nepal. El Gobierno notifica un total de 260 casos de cólera.

45. Portugal. El Gobierno comunica que se registraron dos epidemias de cólera.

46. Arabia Saudita. El Gobierno comunica un brote de cólera en la Meca y Medina durante la temporada de peregrinación de 1974 que se prolongó hasta febrero de 1975.

47. Uganda. El Gobierno comunica que a principios de enero se registraron en Kampala tres casos de cólera importados de Kisumi, Kenya. Después de la confirmación del diagnóstico en el laboratorio, se notificó a la OMS que se trataba de V. cholerae, biotipo eltor, serotipo Inaba. Los tres pacientes tratados en el hospital de Mulago se restablecieron y no hubo casos secundarios.

48. Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. El Gobierno notifica un caso de cólera (importado).

49. Estados Unidos de América. No se registró ningún caso de cólera en los Estados Unidos. Los Estados Unidos no exigen vacunación anticolérica ni la recomiendan sistemáticamente para viajar a países que tampoco exigen para entrar en ellos un certificado internacional de vacunación contra el cólera.

La modificación introducida en 1973 en el Reglamento Sanitario Internacional suprimió la obligación de la vacunación anticolérica para los viajes internacionales. Sin embargo, según se desprende de la publicación de la OMS Vaccination Certificate Requirements for International Travel (1 de enero de 1976), 29 países exigen algún tipo de requisito en relación con la vacunación anticolérica. Se trata del mismo número de países que exigían la vacunación anticolérica el 1 de enero de 1975.

En julio de 1975, el Gobierno se dirigió a la OMS para pedir aclaraciones sobre información contradictoria acerca de las normas de vacunación distribuidas a los viajeros por la Embajada de la República Árabe Libia en Washington, D.C., y por el Consulado General de Arabia Saudita, Nueva York, N.Y. La OMS está en contacto con las administraciones sanitarias de esos países e informará al Gobierno de los Estados Unidos de toda novedad que se produzca. Un problema es que las embajadas no siempre siguen las instrucciones de sus autoridades nacionales.

El Comité hizo observar que esta cuestión ha sido ya objeto de discusiones detalladas¹ e insistió de nuevo en que la vacunación, si bien confiere una protección individual limitada al viajero que puede estar expuesto a la enfermedad, nada tiene que ver con el problema de proteger a una colectividad de la importación del vibrión.

¹ OMS, Actas Oficiales, N^o 209, 1973, págs. 91 y 92.

Capítulo III. Fiebre amarilla

1973, 1974 y 1975

50. Estados Unidos de América. El Gobierno notifica lo siguiente:

a) Casos

En los Estados Unidos no se registró ningún caso de fiebre amarilla.

b) Vacunación

Los Estados Unidos suprimieron la obligatoriedad de la vacunación antiamarílica en noviembre de 1972, pero se recomienda para las personas que se desplacen a regiones infestadas.

c) Vigilancia

La vigilancia de la actividad del mosquito se mantiene en los puertos y aeropuertos de los Estados Unidos destinados al tráfico internacional y situados en zonas receptoras a la fiebre amarilla. Periódicamente se practican encuestas entomológicas para identificar el potencial de reproducción de los insectos y la extensión, distribución y gravedad de la infestación. Las deficiencias observadas se notifican a las autoridades y responsables portuarios locales para que adopten las oportunas medidas correctivas. (En 1975 se practicaron 85 encuestas entomológicas, 31 de ellas en aeropuertos y 54 en puertos, para identificar los posibles lugares de reproducción de los insectos, así como la extensión, distribución y gravedad de la infestación; en siete puertos se detectó la presencia de Aedes aegypti.)

1975

51. Australia. El Gobierno notifica que en las estaciones australianas de cuarentena se retuvo a 67 personas que no habían sido vacunadas contra la fiebre amarilla.

52. Pakistán. El Gobierno notifica que, por no estar vacunados contra la fiebre amarilla, hubo que mantener en cuarentena a varios niños de menos de un año, procedentes de zonas de infestación amarílica. Los padres explicaron que las autoridades sanitarias de sus países de origen les habían dicho que la vacunación antiamarílica no era esencial para los niños de menos de un año. Como según los reglamentos vigentes en Pakistán no se concede exención por edad en el caso de la fiebre amarilla, los niños hubieron de permanecer en cuarentena, con la consiguiente contrariedad de los padres y los inconvenientes que ello supone para las autoridades de salud.

Para evitar contratiempos de ese tipo conviene que se notifique a las autoridades de salud de todas las regiones de endemicidad amarílica que en Pakistán se exige la vacuna contra la fiebre amarilla.

El Comité, después de examinar el problema, estimó que las disposiciones del apartado 1 b) del Artículo 8 del presente Reglamento, junto con la correspondiente nota de pie de página, seguían siendo apropiadas para resolver esas situaciones y, en consecuencia, no recomendó modificación alguna.

Capítulo IV. Viruela

Artículo 78

53. Australia. El Gobierno notifica que durante 1975 se vacunó contra la viruela a 6373 personas que llegaron a Australia y se retuvo a la llegada a 13 personas que no estaban vacunadas.

54. Japón. Del 1 de enero al 31 de diciembre de 1974 se registró un caso importado de viruela. Se trataba de un japonés de 49 años que regresó de Calcuta, India, el 17 de enero de 1974.

El paciente, vacunado el 20 de febrero de 1973, viajó por el norte de la India del 5 al 17 de enero de 1974. La enfermedad se declaró el 22 de febrero, a los cinco días de su regreso. El 28 de enero aparecieron las erupciones cutáneas y el enfermo fue aislado en el Hospital Ebara de Enfermedades Infecciosas, situado en la zona metropolitana de Tokio. El mismo día se hizo un diagnóstico clínico de la viruela. Ese diagnóstico quedó confirmado por los oportunos análisis de laboratorio (29-30 de enero), que se efectuaron en el Instituto Nacional de Salud por la técnica de anticuerpos fluorescentes, microscopio electrónico y cultivo tisular.

Para prevenir infecciones secundarias se vacunó a todas las personas que habían hecho el mismo vuelo (11 miembros de la tripulación y 58 pasajeros), así como a todos los contactos localizados, y además se aplicaron todas las medidas necesarias de desinfección.

55. Luxemburgo. El Gobierno notifica que es cada vez mayor el número de pasajeros que rechazan la vacunación por motivos religiosos.

56. Nepal. El Gobierno notifica que en 1975 se registraron en total 95 casos de viruela, 15 de ellos mortales.

57. Filipinas. El Gobierno notifica que muchas personas procedentes del extranjero carecen de certificados válidos de vacunación. Las que no han sido vacunadas contra la viruela por razones de orden médico quedan bajo vigilancia y las demás son vacunadas a la llegada.

58. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno sugiere la conveniencia de completar este Artículo de manera que las autoridades de salud puedan exigir que queden sometidas a vigilancia durante el número necesario de días las personas procedentes de localidades de infestación variólica que no se encuentren en posesión de un certificado extendido por lo menos 14 días antes de su llegada. Ello permitiría reducir el riesgo de importación de la viruela en un país por individuos que se encuentran en el periodo de incubación y contribuiría a eliminar la siguiente situación contradictoria. Si una persona que sale de una zona infestada recibe la vacuna inmediatamente antes de la partida y a las pocas horas llega a otro país, esa persona, conforme al Artículo 78, no queda sujeta a vigilancia pero si la vacunación se le practica a la llegada, queda sujeta a vigilancia.

El Comité estimó que las diversas modificaciones sugeridas eran innecesarias en vista de los satisfactorios resultados del programa de erradicación de la viruela.

59. Estados Unidos de América. El Gobierno notifica lo siguiente:

1973

a) Casos

En los Estados Unidos no hubo ningún caso confirmado de viruela. Sólo se exige un certificado internacional válido de vacunación contra la viruela a los viajeros que durante los 14 días anteriores a su llegada a los Estados Unidos hayan estado en un país que haya notificado casos de viruela.

b) Vigilancia

Se examina detenidamente a todas las personas que, a la llegada, presentan erupciones cutáneas. Cuando no puede descartarse clínicamente la posibilidad de viruela, se toman muestras

que se envían por vía aérea al Centro de Lucha contra las Enfermedades para su examen al microscopio electrónico. En los puertos de entrada se examinó a 94 personas que padecían erupciones, y en el Centro precipitado se analizaron 40 muestras.

Se ha organizado y ensayado el programa de un cursillo para formar inspectores provisionales en menos de ocho horas. Ese personal temporero puede reforzar las plantillas de sanidad portuaria en caso de urgencia. En todos los puertos de entrada de los Estados Unidos se dispone del material docente necesario.

1974

a) Casos

En los Estados Unidos no hubo ningún caso confirmado de viruela. Sólo se exige un certificado válido de vacunación antivariólica a los viajeros que en los 14 días precedentes a su llegada, hayan estado en algún país donde existan zonas infestadas.

b) Vigilancia

No se han introducido modificaciones importantes en la política ni en los procedimientos generales. Se examina detenidamente a todas las personas que a la llegada presentan algún tipo de erupción. En los puertos de entrada se efectuaron 60 exámenes de ese tipo; 15 de los individuos padecían erupciones de tipo vesicular y, en esos casos, se enviaron por vía aérea las correspondientes muestras al Centro de Lucha contra las Enfermedades para examen en un servicio especial urgente. Para confirmar o descartar la presencia de virus variólico, la sección de Exantemas Víricos, Oficina de Laboratorios, practicó las siguientes pruebas: examen al microscopio electrónico, precipitación en gel de agar, cultivo en la membrana corialantoidea del embrión de pollo y cultivo tisular.

1975

En los Estados Unidos no se registró ningún caso de viruela. Sólo se exige un certificado internacional de vacunación antivariólica a los viajeros que, en los 14 días precedentes a la llegada, hayan estado en un país donde existan zonas de infestación variólica. No ha habido modificación importante de la política ni de los procedimientos generales.

TITULO VI. DOCUMENTOS SANITARIOS

Artículo 86

60. Australia. El Gobierno notifica que entre las personas que llegan al país por vía aérea procedentes del extranjero, sigue en aumento el número de las que presentan certificados caducos o que carecen de certificado internacional de vacunación. Durante el año se vacunó a la llegada a 4805 personas contra la viruela y a 13 808 contra el cólera.

En cumplimiento de los requisitos de cuarentena vigentes en Australia, fue preciso mantener aisladas en estaciones de cuarentena a 338 personas que llegaron por vía aérea sin vacunar o que rechazaron la vacunación a la llegada.

El Comité tomó nota de esta información y estimó que la práctica no corresponde a la situación epidemiológica actual.

61. Unión de República Socialistas Soviéticas. El Gobierno señala que, conforme a lo dispuesto en el párrafo 7, las razones por las que se considera contraindicada la vacunación han de exponerse por escrito en francés o en inglés, requisito que plantea dificultades para los

especialistas de países donde esos idiomas no se hablan frecuentemente. Convendría establecer para esa declaración un modelo internacional con un texto uniforme, como en el caso del certificado de vacunación. También convendría hacer obligatoria la indicación del diagnóstico en latín, sin excluir la posibilidad de añadir el texto en otros idiomas.

Una vez más, el Comité estimó que la información se refería a la viruela y que, en vista de su inminente erradicación, no era necesario recomendar ningún cambio.

Artículo 87

62. India. El Gobierno notifica que los miembros en activo de las fuerzas armadas indias hacen uso de la facultad que les confiere el Artículo 87 del Reglamento Sanitario Internacional (1969) para extender certificados de vacunación. El Gobierno propone que la utilización de esos certificados se extienda a las familias de los miembros en activo del personal de las fuerzas armadas, encuéntrense o no acompañadas del cabeza de familia; a fin de evitarles el innecesario retraso que puede acarrear la obtención de esos certificados de las autoridades civiles. En consecuencia, el Gobierno propone que se modifique al efecto el Reglamento Sanitario Internacional (1969).

El Comité estimó innecesaria la modificación porque, conforme a lo dispuesto en los Apéndices 2 y 3 del Reglamento Sanitario Internacional (1969), pueden designarse a los oficiales médicos del ejército para que extiendan certificados de vacunación.

Apéndices 2 y 3

63. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El Gobierno señala que para que un certificado internacional de vacunación o revacunación se considere válido es preciso que lleve un sello autorizado (oficial). El Reglamento Sanitario Internacional (1969) estipula que incumbe a las administraciones sanitarias nacionales la decisión sobre la forma que debe tener el sello. Ahora bien, si el texto del sello es el de un alfabeto desconocido, el control a la entrada es prácticamente imposible. Se propone, a ese respecto, estudiar de nuevo la posibilidad de incorporar un nuevo artículo al Reglamento o formular la oportuna recomendación para que el sello autorizado lleve un número en caracteres arábigos; la OMS debería asignar un número a cada país.

El Comité reconoció la conveniencia de que los sellos nacionales uniformes sean identificables por una clave numérica o por una clara indicación en francés o en inglés del país que ha expedido el certificado. Recomendó que todos los Estados Miembros adoptaran para el sello el formato que se indica en el Anexo IX del Reglamento Sanitario Internacional (1969).

OTROS ASUNTOS

64. Estados Unidos de América. El Gobierno notifica lo siguiente:

1973-1975

1) El 1 de julio de 1973 se modificaron los procedimientos de inspección de los buques al arribo. Los que, en los 14 días precedentes hayan estado en un país de infestación variólica, en uno donde la peste sea prevalente o los que lleven personas a bordo que tengan o hayan tenido enfermedades caracterizadas por los siguientes signos o síntomas:

a) temperatura de 38°C o superior durante dos días o más, acompañada de síntomas tales como erupciones, ictericia, inflamación glandular, o

b) diarrea lo bastante grave para impedir el trabajo o la actividad normal,

habrán de transmitir esa información por radio antes del arribo a la estación de cuarentena más cercana en los Estados Unidos.

Si se exceptúa la muestra del 2%, elegida entre todos los buques para inspección general, los mencionados en el párrafo precedente son sólo los que se visitan sistemáticamente para inspección sanitaria. Para 1974 se calculaba que el número de buques visitados no excedería de 1000.

2) Sigue en marcha un programa de saneamiento de buques. Con objeto de obtener datos básicos sobre la incidencia de las enfermedades gastrointestinales entre los pasajeros de cruceros, de julio a noviembre de 1973 se efectuó una encuesta sobre el particular. Los resultados obtenidos se facilitarán previa solicitud.

3) No se han encontrado dificultades en lo que se refiere al transporte internacional de restos humanos.

Varios miembros del Comité han recibido últimamente cartas de una asociación de ciertas firmas comerciales, acerca de los problemas que plantea el transporte internacional de restos humanos. Se ha estimado que estas entidades deberán ventilar el asunto con sus administraciones sanitarias nacionales. La cuestión es complicada, ya que guarda relación con los reglamentos de cada estado y con las prácticas religiosas, pero no se considera como un problema importante en la lucha internacional contra las enfermedades transmisibles.

Uso de contenedores y problemas que puede plantear en la transmisión internacional de agentes y vectores de enfermedades

65. En su 17ª reunión, el Comité volvió a examinar la cuestión de los posibles riesgos para la salud derivados del creciente uso de contenedores en el tráfico internacional. El Comité recomendó que el asunto se mantuviera en estudio y que los Estados notificaran a la Organización cualesquiera problemas que pudieran encontrar a este respecto.

En respuesta a la circular C.L.3 enviada por el Director General el 16 de enero de 1974, 23 gobiernos notificaron que el uso creciente de contenedores no había planteado problemas sanitarios; ello no obstante, se mantiene en vigilancia ese sistema de transporte.

66. Francia. El Gobierno notifica que no se han adoptado medidas sanitarias relativas al transporte internacional de mercancías en contenedores, cuando éstos salen de la Francia metropolitana.

Dada la inexistencia de riesgos de contaminación en el territorio francés, no está justificada de momento la adopción de medidas contra enfermedades sujetas al Reglamento o a vigilancia.

Por otra parte, hasta ahora no se ha procedido a inspección sanitaria de los contenedores descargados en Francia; las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional sobre este particular resultan de aplicación sumamente difícil.

67. India. El Gobierno declara que los problemas que se plantean en la inspección sanitaria de contenedores pueden constituir un riesgo de propagación internacional de enfermedades infecciosas o agentes de infección.

68. Indonesia. El Gobierno notifica que el uso de contenedores en el tráfico internacional no ha planteado ningún problema. La lucha contra Aedes aegypti se efectúa mediante encuestas, nebulizaciones de malatión y aplicación de abate a los contenedores de agua en el aeropuerto internacional de Kemayoran. Esas actividades se han efectuado con arreglo a un proyecto piloto desde junio de 1973 hasta marzo de 1974. Como resultado, ha podido reducirse el índice de infestación por Aedes aegypti a menos del 1%.

69. Japón. El Gobierno señala que ha aumentado el riesgo de propagación internacional de organismos patógenos de diversas enfermedades transmisibles como consecuencia del uso cada vez mayor de

contenedores para el transporte de mercancías y del rápido desarrollo del tráfico internacional. Es prácticamente imposible examinar todos los cargamentos que llegan en contenedores a los puertos y aeropuertos japoneses, y también es difícil verificar el lugar inicial de carga. Desde abril de 1975 ha venido efectuándose un estudio para determinar las condiciones sanitarias que reúnen los diversos tipos de contenedores importados. Los países exportadores deben asumir la responsabilidad de la adopción de las medidas sanitarias necesarias para que los contenedores de mercancías no transporten organismos patógenos que puedan propagarse en los países de destino.

70. Singapur. El Gobierno señala que siempre que es posible se identifica el verdadero puerto de origen de los contenedores. Es fácil obtener información sobre el puerto de origen cuando los contenedores pasan sólo en tránsito por puertos infestados de peste, pero ello no ocurre cuando los contenedores proceden de puertos infestados y transitan por puertos no infestados.

71. Trinidad y Tabago. El Gobierno señala que a veces se descubren larvas de Aedes aegypti en contenedores de agua abiertos o no protegidos que circulan en botes, barcos y otros navíos que proceden de países donde existe la infestación o han transitado por ellos. Cada vez que se descubren larvas se dan el asesoramiento y el tratamiento pertinentes.

72. Estados Unidos de América. El Gobierno no señala problemas importantes ni posibles riesgos para la salud debidos al empleo cada vez mayor de contenedores o navíos LASH.

El Comité tomó nota de que, hasta ahora, el uso de contenedores no ha acarreado riesgos importantes para la salud. Sin embargo, admitió la necesidad de mantener la vigilancia.

Otras modificaciones del Reglamento

El Comité tomó nota de que el Grupo de Trabajo establecido por la 27ª Asamblea Mundial de la Salud para examinar el 18º informe del Comité había estimado "que sería oportuno proceder a una revisión general de los principios fundamentales del Reglamento Sanitario Internacional".¹

Siguió un amplio debate en el curso del cual se llegó al acuerdo de que el Reglamento Sanitario Internacional seguirá teniendo utilidad pese a la evolución de las circunstancias epidemiológicas, por ejemplo, la erradicación de la viruela. Como el Reglamento Sanitario Internacional prevé las medidas máximas que deben tomarse para evitar la propagación de una enfermedad, los Estados Miembros deben suavizar su aplicación a medida que se vayan produciendo cambios, para que sólo se tomen las medidas necesarias.

El Comité tomó nota además de las modificaciones de los Artículos 18, 19 y 47 examinadas por el grupo de trabajo antedicho y concordó con la opinión del Grupo de que esas modificaciones son de importancia secundaria y convenía que "quedarán en suspenso hasta que fuera necesario proceder a una nueva revisión de fondo".¹

¹ OMS, Actas Oficiales, N° 217, 1976, pág. 81.

CASOS DE ENFERMEDADES OBJETO DE REGLAMENTACION PROVOCADOS O TRANSPORTADOS POR EL TRAFICO INTERNACIONAL Y NOTIFICADOS A LA OMS

1 ENERO 1973 - 31 DICIEMBRE 1975

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
	<u>1973</u>		1. COLERA		
AFRICA					
Vía aérea	23 noviembre	Sudáfrica (Johanesburgo)	Portugal (Lisboa)	1 (eltor Inaba)	El paciente, que fue vacunado en Lisboa, pasó cuatro días en Angola antes de seguir viaje a Sudáfrica.
EUROPA					
Vía aérea	7 agosto	Berlín (Oeste)	Túnez (Djerba)	1 (eltor Ogawa)	Un turista de 55 años regresó el 7 de agosto, después de pasar vacaciones en Túnez. Ingresó en el hospital al día siguiente y el diagnóstico se confirmó el 9 de agosto.
Vía aérea	26 mayo	Francia (Dumes)	Costa de Marfil (Abidján)	1 (eltor)	Un viajero llegó de Abidján el 26 de mayo, cayó enfermo el 28 de mayo y fue hospitalizado al día siguiente.
Vía marítima	24 agosto	Francia (Marsella)	Argelia	1 (eltor Ogawa)	Una niña argelina de 11 años de edad, que había permanecido en Argelia desde el 20 de julio, presentó diarrea a su llegada a Marsella el 24 de agosto.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía marítima	25 agosto	Francia (Marsella)	Túnez	1 (eltor Ogawa)	Una ciudadana francesa de 25 años que había pasado unas vacaciones en Túnez fue hospitalizada al llegar a Marsella.
Vía aérea	15 septiembre	Francia (le Blanc-Mesnil)	Argelia	1 (eltor Ogawa)	Una niña argelina de siete meses llegó a París por vía aérea desde Orán, Argelia, el 15 de septiembre y fue hospitalizada con diarrea. El diagnóstico de cólera se confirmó el 24 de septiembre.
Vía aérea	27 julio	Alemania, República Federal de (Aquisgrán)	Túnez	1 (eltor Ogawa)	Un turista de 52 años llegó a Aquisgrán desde Túnez el 27 de julio y cayó enfermo el 29 de julio. Fue hospitalizado el 2 de agosto y el diagnóstico se confirmó el 7 de agosto.
Vía aérea	20 agosto	Alemania, República Federal de (Alsfeld, Hesse)	Túnez (Monastir)	1 (eltor Ogawa)	Un turista de 19 años regresó de pasar vacaciones en Túnez el 20 de agosto y fue hospitalizado el 28 de agosto.
Vía terrestre	2 septiembre	Alemania, República Federal de (Ofenbach)	Italia (Nápoles)	1 (eltor Ogawa)	Un trabajador italiano de 53 años fue hospitalizado el 2 de septiembre y el diagnóstico se confirmó el mismo día.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Automóvil y aeronave	30 agosto	Alemania, República Federal de (Bad Vilbel)	Turquía	1 (eltor Inaba)	Una mujer de 61 años cayó enferma en el vuelo con el que regresaba de Turquía a Frankfurt. Se diagnosticó cólera el 5 de septiembre.
Vía aérea	18 julio	Suecia (Distrito de Malmohus)	Túnez	2 (eltor Ogawa)	Dos mujeres de 56 y 30 años que formaban parte de un grupo de turistas que visitaron Túnez. La enfermedad empezó los días 18 y 19 de julio.
Vía aérea	25 julio	Suecia (Distritos de Sodermanland, Vasterbotten y Vastmanland)	Túnez	3 (eltor Ogawa)	Dos mujeres de 59 años y 47 años y un hombre de 22 que habían pasado vacaciones en Túnez.
Vía aérea	25/26 julio	Suecia (Goteborg, Malmohus, Ostergotland Estocolmo)	Túnez	5 (eltor Ogawa)	Una mujer de 45 años y cuatro hombres entre 33 y 58 años que habían pasado vacaciones en Túnez.
Vía aérea	4 abril	Reino Unido (Londres)	India (Calcuta)	1 (eltor Ogawa)	Un comandante de avión que embarcó en Calcuta como pasajero el 3 de abril, presentó diarrea leve durante el vuelo.
Vía aérea	30 julio	Reino Unido (Luton)	Túnez (Hammamet)	1 (eltor Ogawa)	El enfermo formaba parte de un grupo de turistas que visitaron Túnez. Los síntomas aparecieron el 26 de julio.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía aérea	1 agosto	Reino Unido (Kent)	Túnez	1 (eltor Ogawa)	Un viajero regresó de Túnez el 1 de agosto y la diarrea comenzó el 4 de agosto.
Vía aérea	5 agosto	Reino Unido (Yorkshire)	Túnez	1 (eltor Ogawa)	Un viajero de 28 años que regresó de Túnez el 5 de agosto, experimentó diarrea intermitente durante las vacaciones y de vuelta en el país.
Vía aérea	20 agosto	Reino Unido (Tooting)	Túnez	1 (eltor Ogawa)	Un niño de cinco años presentó diarrea el 19 de agosto, víspera de su regreso de vacaciones en Túnez.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
	<u>1974</u>				
AMERICA					
Vía aérea	24 marzo	Canadá (Montreal)	Sudáfrica (Johanesburgo)	1 (eltor Inaba)	Un hombre de 27 años de edad salió de Johanesburgo el 23 de marzo y llegó el día 24 a Montreal con escala en Luanda, Lisboa y Nueva York. La diarrea comenzó al día siguiente de su llegada a Kingston y fue hospitalizado el 27 de marzo.
EUROPA					
Vía terrestre	16 agosto	Francia (Boulogne)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Un francés de 45 años regresó de vacaciones en Portugal y fue hospitalizado el 17 de agosto. Se confirmó el diagnóstico el 19 de agosto.
Vía aérea	27 agosto	Francia (Marsella)	Argelia (Argel)	1 (eltor Ogawa)	Un argelino de 29 años fue hospitalizado el 27 de agosto.
Vía terrestre	1 octubre	Francia (París)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Un niño portugués de 14 años fue hospitalizado en París con cólera.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía aérea	2 agosto	Alemania, República Federal de (Bremerhaven)	Portugal (Oporto)	1 (eltor Inaba)	Un marinero portugués de 42 años llegó a Bremerhaven por vía aérea desde Oporto el 2 de agosto y fue hospitalizado por diarrea. El diagnóstico se confirmó el 8 de agosto.
Vía aérea	18 agosto	Alemania, República Federal de (Rheine)	Portugal (Distrito de Faro, Albufeira)	1 (eltor Inaba)	Un turista de 22 años que había pasado unas vacaciones en Albufeira presentó los primeros síntomas el 18 de agosto, cuando regresó a Rheine con escala en Frankfurt, y fue hospitalizado el 22 de agosto.
Vía terrestre	13 septiembre	Alemania, República Federal de (Honover)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Un trabajador portugués de 36 años salió de Mirandela cerca de Braganza el 12 de septiembre. Viajó por autobús a Osnabruck pasando por Colonia, Duisburgo, Dusseldorf y Munster, y siguió por ferrocarril a Hanover donde fue hospitalizado en régimen de aislamiento el 13 de septiembre. El diagnóstico se confirmó el 17 de septiembre.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía terrestre	9 septiembre	Suecia (Estocolmo)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Un hombre de 72 años visitó varias regiones de Portugal entre el 18 de agosto y el 8 de septiembre. La diarrea comenzó durante el viaje y fue hospitalizado al día siguiente de su regreso. El cólera se confirmó por análisis bacteriológico el 17 de septiembre. Se había vacunado contra el cólera los días 23 y 30 de julio.
Vía marítima	17 agosto	Reino Unido (Southampton)		1 (eltor Inaba)	Una mujer de 66 años hizo un cruce-ro por el Mediterráneo. La última escala fue Lisboa el 14 de agosto. La paciente presentó diarrea el 17 de agosto después de desembarcar.
. . .	23 agosto	Reino Unido (Bexley)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Una mujer que regresó de Portugal.
Vía terrestre	25 agosto	Reino Unido (Birmingham)	Pakistán	1 (eltor Ogawa)	Una niña pakistani de 2 años nacida en Birmingham, que había pasado un año en Pakistán y había estado enferma intermitentemente durante ese periodo.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
	<u>1975</u>				
AFRICA					
Vía terrestre	2 enero	Uganda (Kampala)	Kenya (Kisumu)	1 2 portadores (eltor Inaba)	Tres miembros de una familia de Jaluos que regresaba de Kisumu recibieron tratamiento en el hospital Mulago y se restablecieron completamente.
ASIA					
Vía terrestre	31 diciembre 1974	Kuwait	Arabia Saudita (La Meca)	3 (eltor Inaba)	Miembros de un grupo de 38 peregrinos iraquíes que cruzaron la frontera entre Arabia Saudita y Kuwait el 31 de diciembre de 1974. Un hombre de 77 años murió el mismo día y los otros dos casos fueron confirmados el 2 de enero de 1975.
Vía marítima	18 agosto	Japón (Puerto de Kanmon)	India (Madrás)	3 (eltor Inaba)	Casos descubiertos entre la tripulación de un buque de carga japonés que salió de Madrás el 5 de agosto y llegó al puerto de Kanmon el 18 de agosto.
EUROPA					
Vía aérea	5 enero	Francia (París)	Arabia Saudita (La Meca)	1 (eltor Inaba)	Un argelino de 50 años regresó de la peregrinación a La Meca y fue hospitalizado en París el 5 de enero.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía marítima	18 agosto	Francia (Cannes)	España (Málaga, con escala en Palma)	1 (eltor Ogawa)	Una turista canadiense que llegó por barco a Cannes el 18 de agosto.
Vía marítima	26 agosto	Francia (Marsella)	Argelia (Mostaganem)	1 (eltor Ogawa)	Un argelino de 46 años llegó el 26 de agosto procedente de Mostaganem y fue hospitalizado. Se descubrieron en la familia cinco portadores.
Vía marítima	27 agosto	Francia (Marsella)	Argelia (Argel)	1 (eltor Ogawa)	Un niño argelino de 7 años llegó de Argel el 27 de agosto y fue hospitalizado el 2 de septiembre.
Vía terrestre	3 septiembre	Francia (Orthez)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Un niño portugués de 20 meses, después de atravesar España, llegó a Francia el día 3 de septiembre y fue hospitalizado inmediatamente.
Vía terrestre	4 septiembre	Francia (Bayona)	Portugal	1 (eltor Inaba)	Un portugués de 39 años procedente del distrito de Viana do Castelo (Provincia Minho Región) fue hospitalizado el 4 de septiembre.
Vía marítima	12 septiembre	Francia (Marsella)	Argelia	1 (eltor Ogawa)	Una francesa de 58 años regresó por barco de unas vacaciones en Argelia y fue hospitalizada a su llegada a Marsella el 12 de septiembre.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía aérea	16 septiembre	Francia (Saint-Just-sur-Loire)	Argelia	1 (eltor Ogawa)	Un argelino que había pasado algún tiempo en Argelia (Maison-Carrée) regresó el 16 de septiembre y fue hospitalizado el 18 con diarrea. El diagnóstico se confirmó el mismo día.
Vía marítima	24 octubre	Francia (Bayona)	Marruecos (Oujda)	1 (eltor Ogawa)	Un hombre procedente de Marruecos fue hospitalizado a su llegada, con diarrea.
Vía marítima	17 agosto	Italia (Civitavecchia)	España (Málaga)	1 (eltor Ogawa)	Una turista canadiense de 82 años que desembarcó después de un crucero.
Automóvil y avión	20 agosto	Reino Unido (Londres)	Iraq (Al Bakr)	1 (eltor Ogawa)	Un técnico inglés de una empresa petrolera permaneció en Al Bakr tres semanas antes de seguir viaje en un landrover a Bagdad los días 18 y 19 de agosto, con breves escalas en Fao y Al Basrah. Pasó la noche en Bagdad y regresó por vía aérea al Reino Unido el 20 de agosto. Cayó enfermo al día siguiente y el diagnóstico se confirmó el 29 de agosto.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
	<u>1973</u>		2. VIRUELA		
AFRICA					
Vía terrestre	febrero/ diciembre	Territorio Francés de los Afares y los Issas	Etiopía	14	Incluidos los casos secundarios.
Vía terrestre	5 mayo	Somalia	Etiopía	1	
Vía terrestre	17 junio	Somalia	Etiopía	3	
Vía terrestre	11 agosto	Somalia	Etiopía	1	
Vía terrestre	13 septiembre	Somalia	Etiopía	2	
ASIA					
Vía aérea	18 marzo	Japón (Tokio)	Bangladesh	1	Un japonés de 33 años permaneció en Bangladesh del 8 de febrero al 16 de marzo y regresó a Tokio el 18 de marzo con escala en Bangkok. Se puso enfermo el 23 de marzo y se le diagnosticó viruela el 1 de abril.
Vía terrestre	enero/ diciembre	Nepal	India (Estados de Uttar Pradesh y Bihar)	277	Incluidos los casos secundarios.

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
EUROPA					
Vía aérea	24 febrero	Reino Unido (Londres)	India (Calcuta)	1	Un indio de 60 años residente en Londres fue de vacaciones a Calcuta para dos semanas. La erupción apareció el 8 de marzo y el diagnóstico quedó confirmado por el aislamiento del virus. Había sido vacunado en la infancia y, al parecer, revacunado en septiembre de 1971.
	<u>1974</u>				
AFRICA					
Vía terrestre	febrero/abril	Territorio Francés de los Afares y los Issas	Etiopía	13	Incluidos los casos secundarios.
Vía terrestre	enero	Kenya	Etiopía	1	Un hombre de 25 años procedente de una aldea etíope situada a 150 km de la frontera. La enfermedad se declaró los días 26 y 27 de diciembre de 1973.
Vía terrestre	febrero	Kenya	Etiopía	3	
Vía terrestre	enero/noviembre	Somalia	Etiopía	11	

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
ASIA					
Vía aérea	17 enero	Japón (aeropuerto de Osaka)	India	1	Un japonés de 49 años visitó varias ciudades en los Estados septentrionales endémicos de la India entre el 5 y el 17 de enero. El 28 de enero presentó una erupción cutánea. El diagnóstico clínico fue viruela y se aisló al paciente en un hospital para enfermedades infecciosas de Tokio.
Vía terrestre	enero/ diciembre	Nepal	India (Estados de Uttar Pradesh y Bihar)	1 550	Muchos de estos casos eran secundarios, pero pudo descubrirse el origen de todos los brotes: la importación inicial desde los Estados septentrionales de la India.
	<u>1975</u>				
AFRICA					
Vía terrestre	18 enero	Somalia	Etiopía	5	
Vía terrestre	31 enero	Somalia	Etiopía	1	
Vía terrestre	25 febrero	Somalia	Etiopía	1	
Vía terrestre	9 marzo	Somalia	Etiopía	1	
Vía terrestre	26 abril	Somalia	Etiopía	1	
Vía terrestre	31 mayo	Somalia	Etiopía	1	

Medio de transporte	Fecha de arribo	Lugar de arribo	Procedencia	Número de casos	Observaciones
Vía terrestre ASIA	26 julio	Somalia	Etiopía	4	Muchos de estos casos eran secundarios, pero pudo descubrirse el origen de todos los brotes: la importación inicial desde los Estados septentrionales de la India.
Vía terrestre	enero/ abril	Nepal	India (Estados de Uttar Pradesh y Bihar)	95	

B. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (1969)
MODIFICADO EN 1973: RESERVAS

Situación de los Estados y territorios

1. Desde la celebración de la 18^a reunión del Comité (febrero de 1974),¹ los siguientes Estados Miembros han pasado a estar obligados por el Reglamento Sanitario Internacional (1969) modificado en 1973:

Bahamas	1 de julio de 1974
Guinea-Bissau	29 de octubre de 1974
Granada	4 de marzo de 1975
Botswana	26 de mayo de 1975
Tonga	14 de noviembre de 1975
Surinam	25 de noviembre de 1975
Mozambique	11 de diciembre de 1975
República Socialista de Viet Nam	22 de enero de 1976 ²
Comoras	9 de marzo de 1976
Cabo Verde	5 de abril de 1976
Santo Tomé y Príncipe	21 de junio de 1976
Angola	15 de agosto de 1976

2. Además, los siguientes Estados, que ya estaban obligados por el Reglamento original de 1969, han pasado también a estar obligados, desde la última reunión del Comité, por las Disposiciones Adicionales (1973), que modificaron en particular las disposiciones sobre cólera:

Iraq	30 de julio de 1974
Grecia	6 de agosto de 1974
Tailandia	17 de octubre de 1974
Alemania, República Federal de	22 de noviembre de 1974

El Comité señaló que las diversas reservas no habían planteado problemas de importancia, y expresó su satisfacción por el hecho de que Iraq, Grecia, Tailandia y la República Federal de Alemania hubiesen aceptado las Disposiciones Adicionales. El Comité manifestó su esperanza de que otros Estados que no las han aceptado todavía lo hagan en breve.

3. Desde la última reunión del Comité, dos Estados han retirado o modificado sus reservas al Reglamento Sanitario Internacional (1969):

- i) El 21 de agosto de 1975 el Pakistán retiró su reserva al Artículo 69 y, con respecto a la reserva al Artículo 88, redujo el periodo de nueve días a seis días;

¹ Para el informe sobre esta sesión, véase OMS, Actas Oficiales, N° 217, 1974, pág. 52.

² Fecha en la que la ex República Democrática de Viet Nam, que actualmente forma parte de la República Socialista de Viet Nam, quedó obligada por el Reglamento. La otra parte, es decir, la antigua República de Viet Nam del Sur, estaba ya obligada desde el 1 de enero de 1971.

ii) El 16 de junio de 1976 Surinam, que hasta entonces estaba obligado con una reserva respecto del párrafo 2 del Artículo 17, y del Artículo 58, pasó a estar obligado sin reservas en virtud de una comunicación del Gobierno de fecha 8 de marzo de 1976.

Reservas que expiraban el 31 de diciembre de 1976

4. Al aceptar el Reglamento Sanitario Internacional (1969), los Gobiernos de Egipto, India y Pakistán formularon algunas reservas que fueron aceptadas por la 23ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA23.57).¹ Algunas de esas reservas, sin embargo, fueron aceptadas sólo por un periodo de tres años, que fue renovado después por la 26ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA26.54)² y debía expirar el 31 de diciembre de 1976 si no se prorrogaba.

5. El Comité examinó las copias de las cartas de 11 de marzo de 1976 en las que el Director General señalaba esa situación a la atención de los tres Gobiernos, así como las respuestas recibidas de los Gobiernos de India y Pakistán (Anexos 2, 3 y 4, págs. 41 a 47).

Reservas a las Disposiciones Adicionales (1973)

6. Se señaló que en virtud de su resolución WHA27.45, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, atendiendo a las recomendaciones del Comité formuladas en su 18ª reunión, rechazó algunas reservas presentadas a las Disposiciones Adicionales.³ El Comité expresó su esperanza de que esas reservas fuesen rápidamente retiradas y de que se adoptaran todas las medidas necesarias para persuadir a los Estados Miembros a quedar obligados por el Reglamento Sanitario Internacional modificado en 1973.

7. De conformidad con los deseos del Comité, el Director General escribió a todos los gobiernos interesados en julio de 1974, y nuevamente en marzo de 1976. Como se ha indicado en el párrafo 2, cuatro de los gobiernos interesados se adhirieron a las Disposiciones Adicionales en 1974. Los restantes gobiernos o han manifestado su deseo de mantener sus reservas o no han contestado.

8. La situación de la India con respecto a las Disposiciones Adicionales (1973) no ha quedado aún determinada, puesto que las reservas formuladas al respecto por el Gobierno, mediante carta de 8 de mayo de 1974 (reproducida como Anexo 5, página 48) se recibieron con posterioridad a la última reunión del Comité. En consecuencia, se ha informado al Gobierno en carta de 10 de octubre de 1974 que esas reservas se presentarían a la actual 19ª reunión para su consideración y recomendación a la Asamblea Mundial de la Salud.

¹ OMS, Actas Oficiales, N° 184, 1970, págs. 31 y 83.

² OMS, Actas Oficiales, N° 209, 1973, págs. 28 y 90.

³ OMS, Actas Oficiales, N° 217, 1974, págs. 21 y 66.

EGIPTO

Carta, de fecha 11 de marzo de 1976, del Director General de la OMS al Ministro de Salud Pública, El Cairo, Egipto

Tengo la honra de referirme a las reservas formuladas por su Gobierno al Reglamento Sanitario Internacional (1969) adoptado por la 22^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA22.46) y modificado por la 26^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA26.55).

Como recordará usted, en una carta de 24 de agosto de 1973 (N^o de referencia 8774), su Gobierno formuló las siguientes reservas al párrafo 1 del Artículo 3, y al párrafo 1 del Artículo 4:

"El Gobierno de Egipto se reserva el derecho de considerar la totalidad del territorio de un país como infectada por la fiebre amarilla siempre que esta enfermedad se haya notificado en cumplimiento del párrafo 1 del Artículo 3 o del párrafo 1 del Artículo 4."

Estas reservas permanecen vigentes hasta el 31 de diciembre de 1976. Como seguramente no ignora usted, el Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles se reunirá en Ginebra del 22 al 26 de noviembre de 1976. A fin de que el Comité pueda considerar la situación futura de las reservas formuladas por Egipto, mucho le agradecería que nos comunicara a su debido tiempo si su Gobierno estima que estas reservas pueden expirar al término del periodo por el cual fueron aceptadas por la Asamblea Mundial de la Salud.

Me permito referirme además a las reservas de su Gobierno a las Disposiciones Adicionales (1973) adoptadas por la 26^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA26.55). Esas reservas, formuladas en su carta de 24 de agosto de 1973 antes mencionada fueron como usted no ignora rechazadas por la 27^a Asamblea Mundial de la Salud, a propuesta del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles (WHA27.47). En consecuencia, Egipto no ha pasado todavía a ser parte de las Disposiciones Adicionales.

En su carta de 6 de enero de 1975 señalaba usted que su Gobierno no podía por el momento retirar sus reservas, pero mucho le agradecería me informara ahora de la posición actual de su Gobierno al respecto para poder comunicar esa información, en tiempo oportuno, al Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles.

El Comité tomó nota de que Egipto no había respondido todavía a la carta del Director General sobre este asunto. Sin embargo, en el supuesto de que se recibiera una petición para una nueva prórroga de las reservas, el Comité estimó que tal petición podría atenderse para abarcar el periodo que terminará el 31 de diciembre de 1979.

INDIA

a) Carta, de fecha 11 de marzo de 1976, del Director General de la OMS al Ministro de Salud y Planificación de la Familia, Nueva Delhi, India

Tengo la honra de referirme a las reservas formuladas por su Gobierno al Reglamento Sanitario Internacional (1969) adoptado por la 22^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA22.46) y modificado por la 26^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA26.55).

Tres de esas reservas, cuyo texto se reproduce en el anexo de esta carta, permanecen vigentes hasta el 31 de diciembre de 1976. Como seguramente no ignora usted, el Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles se reunirá en Ginebra del 22 al 26 de noviembre de 1976. A fin de que el Comité pueda considerar la situación futura de las reservas formuladas por la India, mucho le agradecería que nos comunicara a su debido tiempo si su Gobierno estima que estas reservas, que fueron aceptadas por la Asamblea Mundial de la Salud por un periodo limitado de tiempo, pueden expirar ahora, al término de este periodo, y si su Gobierno estima que puede retirar alguna de las otras reservas.

En relación con las reservas de su Gobierno a las Disposiciones Adicionales (1973), con las que se modificó el Reglamento Sanitario Internacional (1969), reservas que fueron expuestas en su carta de 8 de mayo de 1974 pero no pudieron ser tomadas en consideración por la 27^a Asamblea Mundial de la Salud, le confirmo que serán presentadas a la próxima reunión del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles y subsiguientemente a la 30^a Asamblea Mundial de la Salud. A este respecto, debo recordarle, sin embargo, que la 27^a Asamblea Mundial de la Salud, al examinar las reservas formuladas por otros Estados Miembros, estimó que no podía aceptarlas y formuló la esperanza de que dichas reservas fuesen rápidamente retiradas. Acaso su Gobierno desee, pues, considerar de nuevo sus reservas antes de que éstas sean presentadas al Comité, y mucho le agradecería me indicara la posición de su Gobierno a este respecto a la mayor brevedad posible para poder informar al Comité a su debido tiempo.

Reservas de la India al Reglamento Sanitario Internacional (1969)

I. Reservas en vigor hasta el 31 de diciembre de 1976:

Párrafo 1 del Artículo 3 y párrafo 1 del Artículo 4

El Gobierno de la India se reserva el derecho de considerar la totalidad del territorio de un país como infectada por la fiebre amarilla siempre que esta enfermedad se haya notificado en cumplimiento del párrafo 1 del Artículo 3 o del párrafo 1 del Artículo 4.

Inciso b) del párrafo 2 del Artículo 7

El Gobierno de la India se reserva el derecho de seguir considerando una zona como infectada por la fiebre amarilla hasta que haya pruebas suficientes de que la infección amarílica ha sido completamente erradicada de dicha zona.

Artículo 43

El Gobierno de la India se reserva el derecho de desinsectar inmediatamente después de su llegada toda aeronave que, en el curso de su viaje sobre un territorio infectado, haya aterrizado en un aeropuerto sanitario que no sea él mismo área infectada, si alguna persona no protegida y procedente de la zona infectada que rodea al aeropuerto ha tomado la aeronave y esta última ha llegado a la India durante un periodo en el cual dicha persona pueda propagar la infección amarílica.

La reserva enunciada en el párrafo anterior no se aplicará a las aeronaves que estén provistas de un dispositivo adecuado de desinsectación con vapores cuya utilización sea obligatoria.

II. Reservas aceptadas por tiempo indefinido

Artículo 44

El Gobierno de la India se reserva el derecho de aplicar las disposiciones del Artículo 69 a los pasajeros y tripulantes de una aeronave que aterrice en el territorio de la India tras haber pasado en tránsito por un aeropuerto situado en una zona infectada por fiebre amarilla y desprovisto de una zona de tránsito directo.

Artículo 88¹

El Gobierno de la India tendrá el derecho de exigir a las personas que efectúen un viaje internacional y lleguen por vía aérea a su territorio o aterricen en él en tránsito, pero a las que resulten aplicables las disposiciones del párrafo 1 del Artículo 70 informaciones sobre sus desplazamientos durante los seis días que preceden al de su desembarco.

¹ Artículo 94 del Reglamento Sanitario Internacional (Primera Edición Anotada).

La 26^a Asamblea Mundial de la Salud ha pedido al Gobierno de la India que reconsidere su posición con respecto a esta reserva.

b) Carta, de fecha 20 de abril de 1976, del Ministro de Salud y Planificación de la Familia, Nueva Delhi, al Director General de la OMS

He recibido instrucciones de referirme a su carta ESD-i4/439/2 (3), i4/439/2 (5), de fecha 11 de marzo de 1976, dirigida al Ministro de Salud y Planificación de la Familia sobre las reservas formuladas por la India al Reglamento Sanitario Internacional (1969), y de comunicar a usted que habiendo examinado con suma atención este asunto, el Gobierno de la India sigue considerando que, habida cuenta de que existe un peligro real de importación de la enfermedad de la fiebre amarilla en la India por conducto de los viajeros internacionales, por cuanto dicha enfermedad sigue siendo prevalente en algunos países, las reservas formuladas por la India al Reglamento Sanitario Internacional (1969) pueden prorrogarse por espacio de otros tres años a contar del 31 de diciembre de 1976. La cuestión de la retirada de estas reservas podrá volver a examinarse a la expiración del mencionado periodo de tres años.

El Gobierno de la India es también del parecer de que deben continuar vigentes las reservas aceptadas sin limitación de tiempo.

El Comité tomó nota de la correspondencia entre la administración sanitaria nacional y el Director General y recomendó que las reservas al párrafo 1 del Artículo 3, al párrafo 1 del Artículo 4, al inciso b) del párrafo 2 del Artículo 7, y al Artículo 43 se prorroguen hasta el 31 de diciembre de 1979.

PAKISTAN

- a) Carta, de fecha 11 de marzo de 1976, del Director General de la OMS al Director General de Salud y Secretario Adjunto (por razón de su cargo) del Gobierno de Pakistán, Islamabad, Pakistán.

Tengo la honra de referirme a las reservas formuladas por su Gobierno al Reglamento Sanitario Internacional (1969), adoptado por la 22^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA22.46) y modificado por la 26^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA26.55).

Cuatro de estas reservas, cuyo texto se reproduce en el anexo de esta carta, permanecen vigentes hasta el 31 de diciembre de 1976. Como seguramente no ignora usted, el Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles se reunirá en Ginebra del 22 al 26 de noviembre de 1976. A fin de que el Comité pueda considerar la situación futura de estas reservas formuladas por Pakistán, mucho le agradecería que nos comunicara a su debido tiempo si su Gobierno estima que estas reservas, aceptadas para un periodo limitado de tiempo, pueden expirar al término de ese periodo y si su Gobierno considera que puede retirar la reserva al Artículo 44.

Las recomendaciones del Comité se presentarán subsiguientemente a la 30^a Asamblea Mundial de la Salud, la cual adoptará la decisión final sobre la aceptación de las reservas, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 95 del Reglamento Sanitario Internacional (1969).

Reservas del Pakistán al Reglamento Sanitario Internacional (1969)

I. Reservas en vigor hasta el 31 de diciembre de 1976:

Párrafo 1 del Artículo 3 y párrafo 1 del Artículo 4

El Gobierno del Pakistán se reserva el derecho de considerar la totalidad del territorio de un país como infectada por la fiebre amarilla siempre que esta enfermedad se haya notificado en cumplimiento del párrafo 1 del Artículo 3 o del párrafo 1 del Artículo 4.

Inciso b) del párrafo 2 del Artículo 7

El Gobierno del Pakistán se reserva el derecho de seguir considerando una zona como infectada por la fiebre amarilla hasta que haya pruebas suficientes de que la infección amarilla ha sido completamente erradicada de dicha zona.

Artículo 43

El Gobierno del Pakistán se reserva el derecho de desinsectar inmediatamente después de su llegada toda aeronave que, en el curso de su viaje sobre un territorio infectado, haya aterrizado en su aeropuerto sanitario que no sea él mismo área infectada.

La reserva enunciada en el párrafo anterior no se aplicará a las aeronaves que estén provistas de un dispositivo adecuado de desinsectación con vapores cuya utilización sea obligatoria.

Artículo 88¹

El Gobierno del Pakistán tendrá el derecho de exigir a las personas que efectúen un viaje internacional y lleguen por vía aérea a su territorio o aterricen en él en tránsito, pero a las que resulten aplicables las disposiciones del párrafo 1 del Artículo 70, informaciones sobre sus desplazamientos durante los seis días que preceden al de su desembarco.

II. Reservas aceptadas por tiempo indefinido

Artículo 44

El Gobierno del Pakistán se reserva el derecho de aplicar las disposiciones del Artículo 69 a los pasajeros y tripulantes de una aeronave que aterrice en el territorio de la India tras haber pasado en tránsito por un aeropuerto situado en una zona infectada por fiebre amarilla y desprovisto de una zona de tránsito directo.

b) Carta, de fecha 14 de abril de 1976, del Director General de Salud, Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Gobierno del Pakistán, Islamabad, Pakistán

Tengo la honra de referirme a su carta N^o ESD-i4/439/2 (3), de fecha 11 de marzo de 1976, en la que se refiere a las reservas formuladas por el Gobierno del Pakistán al Reglamento Sanitario Internacional.

¹ Artículo 94 del Reglamento Sanitario Internacional (Primera Edición Anotada).

Estoy persuadido de que comprenderá usted que, puesto que el Pakistán continúa estando exento de fiebre amarilla, será necesario seguir manteniendo dichas reservas, aplicables a los viajeros procedentes de países infectados por la fiebre amarilla. Nuestro Gobierno estima que no se encuentra todavía en condiciones de poder retirar las reservas formuladas anteriormente.

El Comité tomó nota de la correspondencia entre la administración sanitaria nacional y el Director General y recomendó que la vigencia de las reservas al párrafo 1 del Artículo 3, al párrafo 1 del Artículo 4, al Artículo 7, al inciso b) del párrafo 2 del Artículo 43 y al Artículo 88¹ se prorrogue hasta el 31 de diciembre de 1979.

¹ Artículo 94 del Reglamento Sanitario Internacional (Primera Edición Anotada).

INDIA

Carta, de fecha 8 de mayo de 1974, del Secretario Adjunto, Ministerio de Sanidad y Planificación de la Familia (Departamento de Salud), Nueva Delhi, India, al Director General de la OMS

Asunto: Reservas a las disposiciones adicionales del Reglamento Sanitario Internacional (1969)

Con referencia a su carta N° 14/439/2(2), de fecha 17 de septiembre de 1973, sobre el asunto antedicho, he recibido instrucciones para poner en conocimiento del Director General de la Organización Mundial de la Salud las reservas que se indican en el anexo a la presente y que formula el Gobierno de la India en relación con lo previsto respecto del inciso 1 c) del Artículo 21 (Título III) del Reglamento Sanitario Internacional de 1969 en el Artículo I de las disposiciones adicionales adoptadas por la 26ª Asamblea Mundial de la Salud y en relación con el Artículo II de las citadas disposiciones adicionales. Cúpleme hacer constar, además, que la India acepta los Artículos III y IV de las disposiciones adicionales adoptadas por la 26ª Asamblea Mundial de la Salud y que acepta, asimismo, respecto del Artículo I de las repetidas disposiciones lo relativo al Artículo 1 (Título I) y al inciso 1 b) del Artículo 21 (Título III) del Reglamento Sanitario Internacional, así como lo relativo a los Artículos 63 a 71 (Título V), y al Artículo 92 (Título VI) del citado Reglamento.

Es nuestro deseo que las reservas antedichas se sometan a la consideración de la 27ª Asamblea Mundial de la Salud.

Agradeceremos que se acuse recibo de la presente comunicación.

Reservas a las disposiciones adicionales adoptadas por la 26^a Asamblea Mundial de la Salud

Artículo 21, párrafo 1, inciso c) del Reglamento Sanitario Internacional de 1969

El inciso c) estipula que las administraciones sanitarias enviarán a la Organización una lista de los aeropuertos de sus territorios que dispongan de zonas de tránsito directo. La supresión de ese inciso privaría a la India, donde la introducción de la fiebre amarilla representa un gran peligro, de la posibilidad de saber qué aeropuertos disponen de zonas de tránsito directo, a pesar de que la aplicación, llegado el caso, de medidas de cuarentena depende de que el pasajero en tránsito por un aeropuerto situado en una región de endemidad amarílica haya pasado o no por las zonas de tránsito directo durante su estancia; ello impediría a la India aplicar sus reservas al Artículo 44. El inciso no se debe suprimir.

Artículo II de las Disposiciones Adicionales

En un país de tanta extensión como la India es difícil obtener y examinar información procedente de las diversas regiones y cumplir los trámites ulteriores en el plazo de tres meses. Convendría que la OMS estudiara la posibilidad de prorrogar el plazo a seis meses.

El Comité examinó la correspondencia cruzada entre las autoridades sanitarias nacionales y el Director General. El Comité tomó nota de que la 26^a Asamblea Mundial de la Salud, por su resolución WHA26.55, convino en suprimir el párrafo 1, inciso c) del Artículo 21 del Reglamento Sanitario Internacional de 1969. El Comité recomendó que, en caso de que se presenten enmiendas ulteriores, tal vez convenga prolongar el plazo fijado para el examen de las mismas.

C. REQUISITOS QUE DEBEN LLENAR LOS CERTIFICADOS DE VACUNACION PARA
VIAJES INTERNACIONALES

1. El Comité quedó enterado de la situación actual en lo relativo a las formalidades que imponen los Estados Miembros respecto de los certificados de vacunación. El Comité advierte con pesar que la aplicación real de que dan cuenta muchos Estados Miembros, en puertos y aeropuertos, no corresponde a los requisitos formulados por la OMS respecto de los certificados de vacunación. El Comité estima que los Estados Miembros deberían intensificar sus esfuerzos para subsanar esa deficiencia y para armonizar mejor los requisitos aplicables en sus territorios.

El Comité tomó nota de ciertas indicaciones de que las embajadas y consulados no suelen estar suficientemente enterados de los requisitos que los países imponen respecto de los certificados de vacunación para viajeros, y recomendó que se adoptasen disposiciones para corregir esa deficiencia.

2. Cólera

Después de haber deliberado largamente sobre el asunto, el Comité observó con pesar que, pese a la falta de importancia epidemiológica del cólera y a la decisión adoptada por la 26^a Asamblea Mundial de la Salud, hay 29 Estados que siguen exigiendo certificados de vacunación contra esa enfermedad a los viajeros internacionales. Se estimó que es preciso que los gobiernos den a conocer mejor los requisitos nacionales en la materia a sus servicios diplomáticos y consulares, así como a las agencias de viajes.

3. Viruela

El Comité observó con satisfacción que un número ya considerable de Estados Miembros están aplicando la recomendación formulada en la resolución WHA29.54 en el sentido de que sólo exijan el certificado válido de vacunación a los viajeros que en los 14 días anteriores a su llegada hayan visitado un país infectado por la viruela. El Comité instó a los demás Estados Miembros a que apliquen esa disposición, a fin de reducir el volumen de vacunaciones innecesarias y las complicaciones adversas que acarrear.

4. Fiebre amarilla

El Comité tomó nota de que no se había presentado ninguna dificultad particular en relación con la expedición de los correspondientes certificados.

D. EXAMEN DE LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN MATERIA DE "ENFERMEDADES OBJETO DE VIGILANCIA"

El Comité examinó detalladamente la conveniencia de recomendar que se incluyeran la fiebre de Lassa y la enfermedad semejante a la de Marburg entre las enfermedades objeto de vigilancia, pero se pronunció en contra de esa medida. El motivo principal es la dificultad de excluir otras enfermedades causantes de gran morbilidad y mortalidad. El Comité indicó que estaba firmemente persuadido de que la notificación oportuna de brotes importantes de enfermedades transmisibles es la mejor medida de vigilancia internacional, independientemente de que figuren o no en una lista cualquiera. El Comité instó a todos los Estados Miembros a establecer sistemas viables y adecuados de vigilancia, capaces de hacer frente a las necesidades variables que previsiblemente hayan de plantearse. Además, es preciso que los Estados Miembros envíen informes más adecuados para su publicación en los partes epidemiológicos semanales¹ y que la Organización redoble sus esfuerzos para estimular el envío de esas comunicaciones de importancia internacional.

El Comité escuchó un detallado informe verbal sobre la situación actual de los brotes de una enfermedad semejante a la de Marburg en el sur del Sudán y el norte del Zaire y quedó enterado con satisfacción de la iniciativa adoptada por la Organización y los Estados Miembros que colaboraron con los gobiernos de los dos países afectados para dominar el brote, emprender estudios epidemiológicos y recoger plasma inmune para su utilización ulterior.

El Comité insta encarecidamente al Director General a que tome disposiciones inmediatas para la publicación de normas, destinadas a las autoridades sanitarias, sobre sistemas para hacer frente a casos y brotes, compatibles con los recursos y servicios disponibles en los países interesados. Esas normas deben ser semejantes a las que se han publicado en los partes epidemiológicos semanales¹ en relación con la fiebre de Lassa. Además, es preciso que el Director General elabore una lista de los servicios disponibles para recibir muestras con fines de diagnóstico, acompañada de instrucciones sobre la manera de recurrir a esos servicios.

El Comité examinó la resolución XXXI aprobada el 6 de octubre de 1976 por el Comité Regional para las Américas/Consejo Directivo de la OPS, relativa a la necesidad de incrementar la vigilancia de los viajeros por vía aérea.²

Después de haber examinado detalladamente los problemas de carácter práctico planteados por la necesidad reciente de localizar los contactos de la fiebre de Lassa y de la enfermedad semejante a la de Marburg, el Comité encareció una vez más la importancia que reviste el rápido intercambio de información entre las administraciones sanitarias, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos, tales como la AITA y las compañías aéreas pertenecientes a la misma, que pueden aportar una colaboración esencial.

El Comité tiene plena conciencia de las dificultades que plantea la demora que suele imponer la determinación de diagnósticos positivos.

Es preciso evitar las reacciones exageradas y el Comité estimó que la oportuna difusión de la totalidad de los datos relativos a los brotes, así como de las normas que se han recomendado, contribuirán de manera decisiva al logro de ese objetivo.

El Comité manifestó reservas acerca de la utilidad de dar a la tripulación de los aviones una capacitación especial en relación con la fiebre de Lassa y de la enfermedad semejante a la de Marburg.

El Comité examinó la necesidad de disponer de orientaciones acerca de la desinfección de los aviones cuando han transportado a una persona que padece de una enfermedad sumamente

¹ Véase el Anexo 6 (pág. 53).

² Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

contagiosa y encareció la necesidad de que la OMS reúna información sobre las prácticas usuales a ese respecto en los Estados Miembros.

Tifus transmitido por piojos

El Comité estimó necesario señalar a la atención de los Estados Miembros el hecho de que, si bien esa enfermedad tiene sobre todo una importancia regional, su prevalencia es objeto de gran preocupación en esas zonas. Por otra parte, pese a que la lucha contra esa enfermedad es factible desde el punto de vista científico, la falta de fondos y de recursos disponibles localmente ha impedido hasta la fecha la obtención de resultados efectivos.

Fiebre recurrente transmitida por piojos

El Comité señaló que, aunque el problema reviste menos importancia que el tifus transmitido por piojos, cabe recomendar una vigilancia ininterrumpida.

Gripe

El Comité tomó nota con interés del informe sobre la vigilancia de la gripe, así como de las actividades desplegadas por la Organización a raíz de un brote localizado de gripe tipo A/Nueva Jersey/76 en los Estados Unidos de América.

Poliomielitis

El Comité tomó nota con satisfacción de que los Estados Miembros notifican a la OMS la aparición de casos de poliomielitis en sus respectivos países. El Comité observó que la enfermedad sigue prevaleciendo en muchas zonas; señaló que los programas adecuados de inmunización pueden ser eficaces para combatir esa enfermedad y manifestó la esperanza de que se logre ese objetivo mediante la colaboración del Programa Ampliado de Inmunización.

Paludismo

El Comité quiso señalar a la atención de los Estados Miembros la situación extremadamente grave que existe en algunas regiones. Tomó nota con preocupación de la propagación del paludismo incluso en algunas zonas que ya habían quedado libres de la enfermedad, así como las consecuencias que podrían derivarse de ello a menos que se adopten medidas eficaces de lucha. El Comité felicitó a la Organización Mundial de la Salud por la información periódicamente actualizada que publica en los partes epidemiológicos semanales¹ acerca de los riesgos de paludismo que corren los viajeros internacionales.

Una vez más, el Comité puso de manifiesto la responsabilidad que tienen las autoridades sanitarias de proseguir los esfuerzos para instruir a los médicos y a los viajeros en general acerca de los riesgos que existen de contraer el paludismo en las zonas endémicas.

¹ Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

RESOLUCION XXXI APROBADA POR LA 28^a REUNION DEL COMITE REGIONAL DE
LA OMS PARA LAS AMERICAS/XXIV^a REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

NECESIDAD DE INCREMENTAR LA VIGILANCIA DE LOS VIAJEROS POR VIA AEREA

El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta el aumento continuo del número de personas que viajan en avión y la expansión de las redes de transporte aéreo y de la correspondencia de vuelos locales e internacionales;

Consciente, pues, del peligro cada vez mayor de importación de enfermedades nuevas contra las cuales no se han previsto actualmente medidas, tales como la fiebre de Lassa, en países en los que el conocimiento de ellas es limitado y donde quizá no se pueda hacer un diagnóstico urgente de laboratorio; y

Vistas las recomendaciones del Comité Ejecutivo que figuran en el Documento CD24/23 para que se ponga término a la aplicación de los requisitos de vacunación antivariólica obligatoria a los viajeros internacionales en las Américas,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que tome medidas para mantener y ampliar el sistema de vigilancia de enfermedades y el intercambio rápido de información entre los países Miembros de la Región, y que señale a la atención del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles, de la OMS, la cuestión de las nuevas enfermedades y los problemas especiales que plantean a los países.
2. Instar a los gobiernos a que mantengan el contacto con las compañías de navegación aérea a fin de que el personal de las mismas esté más alerta y perfeccione su adiestramiento en lo referente a la importancia de las enfermedades que se produzcan entre los pasajeros, y a que recojan y faciliten al máximo la información necesaria sobre los pasajeros que hayan podido estar expuestos a enfermedades transmisibles durante el viaje.
3. Pedir al Director que facilite orientaciones actualizadas y manuales de adiestramiento para que los Gobiernos puedan revisar sus procedimientos de protección y dar al personal de salud portuaria nuevas orientaciones que reflejen los nuevos requisitos que puedan resultar necesarios para impedir que los viajeros de los aviones propaguen enfermedades peligrosas.

(Aprobada en la decimocuarta sesión plenaria, celebrada el 6 de octubre de 1976)

E. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES DEL COMITE DE VIGILANCIA INTERNACIONAL
DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El Comité examinó la cuestión de la frecuencia de sus reuniones, teniendo en cuenta la información facilitada por el Director General y los puntos de vista expresados en la reunión. Se recomendó que el Comité se reúna sólo cuando sea necesario y que el Director General habilite créditos para costear las reuniones convocadas con poca anticipación. Se estimó que algunos problemas podrían resolverse por correspondencia entre el Director General y los miembros del cuadro de expertos, pero que ese procedimiento sólo es complementario y no debe reemplazar a la reunión.

El Comité recomendó que se introduzcan las siguientes modificaciones en los Artículos 1 y 5 del Reglamento del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles:¹

"Artículo 1: Finalidad y funciones

1. Los fines y las funciones del Comité serán los siguientes:
 - a) examinar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y las demás disposiciones pertinentes;"

"Artículo 5: Secretaría

4. El Director General, o su representante, fijarán la fecha y el lugar de cada reunión y convocarán al Comité cuando lo consideren necesario."

¹ Véase el Anexo 7 (pág. 55).

**REGLAMENTO DEL COMITÉ DE VIGILANCIA INTERNACIONAL
DE ENFERMEADES TRANSMISIBLES¹**

El Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles (denominado en lo sucesivo «el Comité») se registrará por el siguiente Reglamento:

Artículo 1: Finalidad y funciones

1. Los fines y las funciones del Comité serán los siguientes:
 - a) Examinar periódicamente, y por lo menos una vez cada dos años, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y las demás disposiciones pertinentes;
 - b) recomendar la modificación del Reglamento Sanitario Internacional y la adopción de reglamentos adicionales, en caso necesario, en particular respecto de enfermedades que no estén expresamente mencionadas en el antedicho Reglamento;
 - c) presentar recomendaciones sobre prácticas, métodos y procedimientos en relación con la vigilancia internacional de las enfermedades transmisibles;
 - d) asesorar a la Asamblea de la Salud, al Consejo Ejecutivo y al Director General sobre cualquier asunto cuyo examen le hayan encomendado;
 - e) deliberar sobre los litigios o las desavenencias que someta a su consideración el Director General, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 100 del Reglamento Sanitario Internacional de 1969.
2. Sin perjuicio de los fines y las funciones que se expresan en los apartados a) a e) del párrafo 1 del presente Artículo, el Comité podrá, además:
 - a) examinar los conocimientos y las informaciones técnicas más recientes en relación con la vigilancia internacional de las enfermedades transmisibles y ponerlos a disposición de la OMS;
 - b) formular recomendaciones sobre la organización, el fomento y la coordinación de las investigaciones necesarias para el desempeño de sus atribuciones.
3. Salvo en el caso de una petición formulada oficialmente por la Asamblea Mundial de la Salud, por el Consejo Ejecutivo o por el Director General, el Comité no deberá asesorar a la Organización en materia de política administrativa interior.

Artículo 2: Selección y nombramiento de los miembros y duración de su mandato

1. El Director General escogerá y nombrará a los miembros del Comité entre las personas que formen parte de los cuadros de expertos competentes de la Organización. De todos esos nombramientos se dará cuenta al Consejo Ejecutivo en la primera reunión que celebre.
2. Para escoger a los miembros, el Director General tendrá en cuenta, ante todo, su capacidad y su experiencia técnica y, sin menoscabo de esta consideración primordial, procurará conseguir además una distribución geográfica adecuada.
3. Para el nombramiento de los miembros del Comité, el Director General tendrá en cuenta la necesidad de facilitar asesoramiento técnico apropiado, en particular, sobre la vigilancia internacional de las enfermedades transmisibles y sobre epidemiología, derecho internacional, transportes y cuestiones afines, según sea necesario para la adecuada consideración de los asuntos del orden del día de cada reunión. También tendrá presente el Director General la necesidad de velar por la continuidad de criterio y de acción y facilitará al Comité la cooperación y el asesoramiento técnico de los comités de expertos y los grupos de estudio competentes de la Organización.
4. El Director General nombrará a los miembros del Comité por un periodo de dos años, con la finalidad expresa de que entiendan en las desavenencias y los litigios que puedan plan-

tearse, de conformidad con lo dispuesto en el apartado e) del párrafo 1 del Artículo 1 del presente Reglamento. Los primeros nombramientos se harán a la entrada en vigor del presente Reglamento o lo antes posible después de esa fecha. El número de miembros nombrados para la antedicha finalidad no excederá de siete. El Director General nombrará en las mismas condiciones a los miembros que sean necesarios para sustituir a los que no puedan participar en los trabajos del Comité por las razones expresadas en el apartado b) del párrafo 1 del Artículo 9 del presente Reglamento o por cualquier otro motivo.

5. Para todos los demás efectos, el Director General nombrará a los miembros del Comité por el tiempo que dure cada reunión.
6. Los miembros nombrados para una reunión en la que haya de examinarse una desavenencia o un litigio seguirán formando parte del Comité en las deliberaciones ulteriores acerca de esa desavenencia o ese litigio, hasta que se dé por terminado su examen.
7. Los miembros del Comité podrán ser reelegidos.
8. De conformidad con las normas administrativas de la Organización, los miembros del Comité tendrán derecho a que se les reembolsen los gastos de viaje resultantes de su participación en las reuniones del Comité y a percibir dietas durante el transcurso de las mismas. Las dietas no tendrán carácter de remuneración.

Artículo 3: Estatuto internacional de los miembros

1. En el ejercicio de sus funciones, los miembros del Comité actuarán como expertos internacionales al servicio exclusivo de la Organización y, como tales, no podrán pedir ni recibir instrucciones de un gobierno o autoridad ajenos a la Organización.
2. Sus privilegios e inmunidades están enumerados en el Artículo 67 b) de la Constitución de la Organización y figuran en la Convención sobre los Privilegios e Inmunidades de los Organismos Especializados y en el Anexo VII de dicha Convención.

Artículo 4: Presidente y Vicepresidente

Al empezar cada reunión, el Comité elegirá a un Presidente para dirigir los debates y a un Vicepresidente que reemplazará al Presidente en caso de dimisión, ausencia o incapacidad de éste para ejercer efectivamente sus funciones.

Artículo 5: Secretario

1. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 32 de la Constitución, el Director General será secretario *ex officio* del Comité y podrá delegar esa función.
2. El Director General o su representante podrán en cualquier momento hacer ante el Comité declaraciones orales o escritas sobre cualquier asunto que se esté examinando.
3. La presencia del Director General o de su representante será necesaria durante los debates para la validez de cualquier medida que adopte el Comité.
4. El Director General o su representante fijarán la fecha y el lugar de cada reunión y convocarán al Comité cuando lo consideren necesario, y por lo menos una vez cada dos años.

Artículo 6: Orden del día

1. El Director General o su representante prepararán el orden del día provisional de cada reunión y lo comunicarán con antelación suficiente a los miembros del Comité, a los Estados Miembros y a los Miembros Asociados de la Organización y a los demás Estados que sean partes en el Reglamento.
2. Se insertarán en el orden del día todas las cuestiones que propongan la Asamblea de la Salud, el Consejo Ejecutivo o el Director General, por iniciativa propia o a petición de un Estado, siempre que sean de la competencia del Comité.

¹ Este Reglamento, aprobado originalmente por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA7.56) se publicó en Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 1954, N^o 56, págs. 70 a 73 y 92. La 15^a Asamblea Mundial de la Salud lo modificó (resolución WHA15.36) en lo que respecta a la periodicidad de las reuniones del Comité. El Reglamento, modificado por el Comité en su octava reunión y aprobado por la 27^a Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA27.45), se publicó en Actas Oficiales de la OMS, 1974, N^o 217, págs. 73 a 75.

Artículo 7: Informes sobre las reuniones del Comité

1. Las disposiciones del presente Artículo no serán aplicables a los asuntos de que trata el Artículo 9.
2. El Comité, en cada una de sus reuniones, extenderá, con la intervención de su secretario, un informe en que expondrá sus conclusiones, observaciones y recomendaciones.
3. El Comité aprobará esos informes antes de la clausura de cada reunión.
4. Cuando las conclusiones del Comité no sean unánimes, todos los miembros tendrán derecho a expresar su opinión personal en un informe individual o colectivo en el que se expondrán las razones de las discrepancias observadas y que formará parte del informe del Comité.
5. El Director General presentará el informe del Comité a la Asamblea de la Salud.
6. Si en caso de urgencia el Director General adopta alguna disposición basándose en las conclusiones del informe antes de que éste se haya presentado a la Asamblea de la Salud, tendrá que dar cuenta de las disposiciones adoptadas en la primera reunión que celebre la Asamblea de la Salud.
7. La Asamblea de la Salud podrá autorizar la publicación del informe, si lo considera oportuno.
8. No se podrá modificar el texto de un informe sin consentimiento del Comité.

Artículo 8: Reglamento interior

1. Las reuniones del Comité tendrán, por lo general, carácter privado. Sólo podrán celebrarse reuniones públicas por decisión expresa del Comité y con la anuencia del Director General.
2. Habrá quorum cuando estén presentes las dos terceras partes de los miembros del Comité.
3. Las decisiones sobre asuntos distintos de desavenencias y litigios se tomarán por mayoría de los miembros presentes y votantes.
4. Las decisiones sobre desavenencias o litigios se tomarán por mayoría de los miembros presentes, cada uno de los cuales tendrá que votar a favor o en contra. En caso de empate, el voto del Presidente será decisivo.
5. A petición de cualquier miembro del Comité, se pondrán a votación por separado las distintas partes de una resolución o una moción.
6. Cuando se presenten dos o más enmiendas a una propuesta, el Comité votará en primer lugar sobre la que más se aparte del fondo de la propuesta inicial; acto seguido, se pondrá a votación entre las restantes enmiendas la que se aparte más de dicha propuesta y así sucesivamente hasta que todas las enmiendas hayan sido votadas.
7. Si una enmienda revisa, completa o reduce el alcance de una resolución o de una moción, se pondrá a votación en primer lugar la enmienda y, si se aprueba, se procederá luego a votar sobre la resolución o la moción enmendada.
8. Durante la discusión de cualquier asunto, un miembro podrá plantear una cuestión de orden, que habrá de ser inmediatamente resuelta por el Presidente.
9. Durante la discusión de cualquier asunto, un miembro podrá pedir el aplazamiento del debate. Las mociones de aplazamiento se pondrán a votación inmediatamente sin deliberación previa.
10. El Comité podrá limitar la duración de las intervenciones de cada orador.
11. Un miembro del Comité podrá pedir en cualquier momento el cierre del debate, aun cuando otro miembro haya manifestado el deseo de intervenir. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado

9 del presente Artículo, las mociones de cierre del debate tendrán prioridad, y no se concederá la palabra para oponerse a ellas más que a uno de los oradores que la hayan pedido. Acto seguido la moción de cierre del debate se pondrá a votación.

12. El francés y el inglés serán los idiomas de trabajo del Comité. Los discursos pronunciados en español o en ruso serán interpretados en los idiomas de trabajo; los discursos pronunciados en uno de los idiomas de trabajo serán interpretados en el otro idioma de trabajo, y en español, en ruso o en ambas lenguas. Siempre que sea posible, se tomarán las disposiciones necesarias para interpretar cualquier otro idioma empleado por los miembros del Comité durante la reunión, cuando se haya formulado una petición en ese sentido.

Artículo 9: Examen de litigios o desavenencias en aplicación de lo dispuesto en el Artículo 100 del Reglamento Sanitario Internacional

1. Si, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 100 del Reglamento Sanitario Internacional de 1962 y en el apartado e) del párrafo 1 del Artículo 1 del presente Reglamento, se somete a la consideración del Comité un litigio o una desavenencia, se observará el siguiente procedimiento:

- a) El Director General pondrá inmediatamente el asunto en conocimiento de los Estados interesados, a los que invitará a presentar en un plazo determinado las observaciones que consideren oportunas.
- b) En cuanto se hayan recibido la respuesta o las respuestas, o a la expiración del plazo señalado si no se recibe ninguna que permita dirimir la desavenencia o el litigio, el Director General convocará a los miembros del Comité designados en aplicación de lo dispuesto en el párrafo 4 del Artículo 2 del presente Reglamento. Ningún miembro que tenga la nacionalidad de uno cualquiera de los Estados interesados en la desavenencia o el litigio podrá participar en los debates del Comité sobre la cuestión.
- c) Se hará saber a los Estados interesados que pueden designar a uno o a varios representantes que hagan valer sus derechos ante el Comité. Los gastos a que esa designación dé lugar correrán de cuenta de los Estados que la hagan. Si dos o más partes hacen valer sus derechos mancomunadamente, serán consideradas como una sola parte para los efectos de lo dispuesto en el presente párrafo. En caso de duda, el Comité decidirá.
- d) El Director General podrá pedir a cualquier Estado o a cualquier organización intergubernamental, sean o no partes interesadas en la desavenencia o en el litigio, que pongan a disposición del Comité cualquier informe escrito que obre en su poder acerca de la cuestión litigiosa.
- e) Teniendo en cuenta la naturaleza de los problemas planteados por el examen de la desavenencia o el litigio, el Director General podrá nombrar por iniciativa propia o a petición del Comité a uno o a varios expertos que asesoren a éste sobre cuestiones de su especialidad. Esos expertos se elegirán normalmente entre los miembros de los cuadros de expertos de la organización y no tendrán derecho a voto.
- f) En su reunión, el Comité procurará arbitrar una solución. Si lo consigue, se levantará y se enviará a los Estados interesados acta de las condiciones del arreglo. En otro caso, el Comité emitirá un dictamen razonado y formulará las recomendaciones que considere oportunas. El Director General pondrá en conocimiento de las partes el dictamen del Comité y, en su caso, las recomendaciones que éste haya formulado, y las invitará a que hagan constar en un plazo determinado si aceptan o no las conclusiones y, en su caso, las recomendaciones del Comité. Los miembros del Comité que disientan de la decisión o de las razones alegadas en apoyo de ésta tendrán derecho a hacer constar su disenso en un documento anexo al informe del Comité.

Artículo 10: Participación de otras organizaciones

1. Las disposiciones del presente Artículo no serán aplicables a los asuntos de que trata el Artículo 9.
2. El Director General invitará a las Naciones Unidas, a los organismos especializados y a otras organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a que envíen representantes a las reuniones del Comité, cuando lo aconseje la naturaleza de los asuntos incluidos en el orden del día.
3. Esos representantes podrán presentar informes escritos y,

con la venia del Presidente, podrán hacer declaraciones orales sobre los asuntos tratados, pero no tendrán derecho a voto.

Artículo 11: Entrada en vigor

1. El presente Reglamento y sus eventuales modificaciones entrarán en vigor en la fecha de su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud.
2. El presente Reglamento podrá ser modificado por la Asamblea de la Salud, previa consulta con el Comité. Las modificaciones no serán aplicables a las desavenencias o los litigios sometidos previamente a la consideración del Comité.

F. VIGILANCIA DE LOS VIRUS DE LA VIRUELA EN LOS LABORATORIOS

El Comité quedó enterado de las actividades realizadas por la Organización después de que la 29ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA29.54 por la que pide a todos los gobiernos y laboratorios que colaboren plenamente en la preparación de un registro internacional de laboratorios que conserven reservas de virus de viruela, e insta a todos los laboratorios que no necesiten esas reservas a que las destruyan, sobre todo habida cuenta de las infecciones que han ocurrido en los laboratorios.¹

El Comité observó con interés los resultados obtenidos hasta la fecha. Es preciso pedir de nuevo a todos los laboratorios y países que aún no lo han hecho que faciliten con carácter urgente la información necesaria.

El Comité no ignora que muchos laboratorios han destruido ya sus reservas de virus de viruela, pero considera que reviste la máxima importancia que la totalidad de los laboratorios sigan ese ejemplo, excepto los que han sido nombrados Centros Colaboradores de la OMS en esta esfera de actividades.

¹ Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire, 48: 146, 161 y 186 (1973).

G. ASPECTOS DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
RELATIVOS A LA BIOLOGIA DE LOS VECTORES

Desinsectación de aeronaves

El Comité examinó la utilización de un nuevo insecticida y tomó nota de su eficacia y de su conformidad con los preparados aceptados. El Comité recomendó la adición de un 2% de d-fenotrina (S 2539 Forte) en el propelente Freón 11+Freón 12 (50.50), sin otros disolventes, a los insecticidas aprobados en forma de aerosol y aprobó que se introduzcan las modificaciones consiguientes en el Anexo VI del Reglamento Sanitario Internacional (1969).

H. VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

El Comité quedó enterado de la preparación de una vacuna más estable, pero estimó que no debía modificarse el Reglamento Sanitario Internacional en lo que se refiere al almacenamiento y la utilización de esa preparación, hasta que sus propiedades no sean completamente evaluadas por el Comité de Expertos de la OMS en Fiebre Amarilla.

* * *