

treo no deberían durar más de siete a diez días. En las zonas muy infectadas, el rastreo se repetía una vez al mes y en las menos infectadas, una vez cada dos o tres meses. Durante el primer rastreo, efectuado en octubre de 1976, se detectaron miles de casos de viruela que nadie había notificado, pero una vez descubiertos, los brotes pudieron contenerse.

Gracias a una planificación minuciosa, a la adecuada preparación del personal y a un asesoramiento acertado, los rastreos fueron resultando cada vez más eficaces. Entre rastreo y rastreo los equipos de vigilancia recorrían las escuelas y los mercados en busca de informaciones sobre posibles casos de viruela. Las autoridades reforzaron las medidas de contención y, cuando el número de casos empezó a disminuir, ofrecieron recompensas a quienes señalaran la existencia de casos nuevos y al personal de salud que los investigara.

Pronto se emplearon métodos semejantes en Bangladesh, en Pakistán y en el Nepal y el 16 de octubre de 1975, a los dos años de aplicación de la nueva estrategia, se registraba el último caso de viruela de Asia, en la isla de Bholá (Bangladesh). Se extinguía así la llamada *variola maior*, la forma más grave de la enfermedad, con una mortalidad del 20 por ciento o más. A fines de 1975, sólo Etiopía seguía infectada de viruela. La forma de viruela común en ese país era, sin embargo, la *variola minor*, que sólo mataba al uno por ciento de sus víctimas.

El programa de Etiopía, que fue el último en empezar, planteaba problemas increíblemente difíciles. En un territorio mayor que los de España y Francia juntos, apenas se disponía para la campaña de un centenar de personas, con una infraestructura casi nula de servicios de salud. Apenas hay en el país carreteras y la mitad de la población vive a más de un día de marcha de un camino transitable. La guerra civil y el hambre complicaban los problemas, pero una vez interrumpida la transmisión de la viruela en Asia, aumentaron los recursos disponibles para la campaña etíope, y fue posible seleccionar y adiestrar a habitantes de los poblados para las operaciones de vigilancia y vacunación, y habilitar medios de transporte suplementarios, incluso helicópteros, para facilitar los trabajos de supervisión. Menos de un año después, el 4 de agosto de 1976, se registraba el último caso.

Desgraciadamente, al mismo tiempo que se extinguía el último brote en Etiopía, la viruela se propagó de este país a Somalia y, antes de que pudieran establecerse sistemas de vigilancia eficaces, los nómadas extendieron la enfermedad por todo el sur del país. En marzo de 1977 se declaró en Somalia el estado de excepción, se contrató personal suplementario y la OMS aportó una asistencia especial. Durante los meses de verano, se desarrolló un programa intensivo de vigilancia y contención pero se registraron más de 3.000 casos, el último de ellos el 26 de octubre de 1977.

Ello no obstante, los equipos de vigilancia y detección continuaron durante más de dos

## Una lluvia de oro para el desarrollo

La comunidad internacional está empezando ya a cobrar parte de la herencia, seguramente fabulosa, que le ha dejado la erradicación de la viruela. Según cálculos autorizados, los fondos disponibles para atenciones de salud en el mundo entero aumentarán en cerca de US \$1.000 millones anuales, es decir en unos US \$10.000 millones durante el primer decenio de la «era posvariólica».

Eso era, en efecto, lo que la viruela le costaba al mundo en fabricación y adquisición de vacunas, en programas de vacunación, en tratamientos de complicaciones posvacunales, en servicios de vigilancia antivariólica y sanidad de fronteras y en servicios de urgencia para la extinción de brotes. En el Reino Unido, por ejemplo, un caso de viruela importada desencadenó en 1961 un brote que costó alrededor de US \$3,6 millones y otro brote motivado en 1978 por un accidente de laboratorio en Birmingham vino a encarecer sensiblemente la factura de los servicios de salud pública. En los Estados Unidos, los especialistas calculan que la viruela venía costándoles a los contribuyentes alrededor de \$150 millones al año en medidas de protección, es decir alrededor de la mitad del coste total del programa mundial de erradicación.

La disponibilidad de los fondos que hasta ahora había consumido la lucha contra la viruela podría tener un efecto masivo en el mejoramiento del bienestar humano si esos recursos se emplean en programas de desarrollo. En un año reciente —1975— el total de fondos aportados al sector de la salud (contando los destinados al abastecimiento de agua), en forma de ayuda bilateral por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Comunidad Económica Europea (CEE) y en forma de ayuda multilateral por los organismos especializados de las Naciones Unidas, ascendió a \$1.500 millones. Los fondos adicionales liberados por la erradicación de la viruela podrían representar, por tanto, una aportación muy considerable.

En opinión de la OMS, estos fondos encontrarían su empleo óptimo desde el punto de vista estratégico en los siguientes sectores fundamentales de la atención primaria de salud:

- Abastecimiento de agua y saneamiento del medio
- Programas de inmunización
- Lucha contra las enfermedades causadas por deficiencias nutricionales
- Programas para el suministro de medicamentos indispensables a los países menos desarrollados.

Se calcula, por ejemplo, que el 80 por ciento de la morbilidad total de los países del Tercer Mundo está en relación con la contaminación del agua, que causa anualmente unos 250 millones de casos de enfermedades y muchos millones de muertes. Las enfermedades típicas de transmisión hídrica son el cólera y las fiebres tifoideas, pero también guardan relación con el agua la esquistosomiasis, el paludismo, las filariasis, la oncocercosis y la tripanosomiasis.

Durante el Decenio del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento, que empezará en 1981, una inversión anual de \$1.000 millones, repetida hasta el final del primer quinquenio, contribuiría poderosamente a dotar de sistemas adecuados de abastecimiento de agua y saneamiento a muchos millones de habitantes de las zonas rurales del mundo en desarrollo. El cumplimiento de ese objetivo sería suficiente para iniciar un nuevo ciclo de progreso económico y social basado en el mejoramiento de la salud.

James Magee

años sus esfuerzos por descubrir nuevos casos. En muchos países se ofrecieron recompensas, que atrajeron decenas de miles de notificaciones de casos de varicela, sarampión y otras enfermedades eruptivas, pero ninguna de casos de auténtica viruela. Se tomaron miles de muestras que fueron analizadas en los Centros de Diagnóstico de la OMS de Moscú (URSS) y Atlanta (Estados Unidos), pero ninguno de los análisis dio resultado positivo. Para que la viruela persista en una población es menester que se transmita de persona a persona, en una cadena continua de infección. Como no hay reservorios animales ni portadores asintomáticos (personas que padezcan la enfermedad sin presentar sus síntomas), cada eslabón de esa cadena debe ser un enfermo de viruela con señales visibles de infección. Durante la ejecución del programa, se comprobó que la viruela no podía subsistir más de ocho meses en un país sin ser detectada por la red de vigilancia. Prolongando las operaciones de rastreo tres veces más, es decir, durante dos años, podía tenerse la certeza de que la propagación de la viruela había cesado.

Para confirmar que la transmisión estaba efectivamente interrumpida, la OMS envió comisiones internacionales de especialistas a todos los países.

Por último, en 1978, el Director General de la Organización encomendó a una Comisión Mundial que examinara los resultados obtenidos en cada país. La Comisión dio por terminados sus trabajos el 9 de diciembre de 1979, después de llegar a la conclusión de que los datos disponibles eran suficientes para certificar la erradicación mundial de la viruela.

La erradicación de la viruela permite suministrar la vacunación antivariólica en el mundo entero y eximir a los viajeros de la obligación de presentar certificados de vacunación. La economía que esto supone en escala mundial se calcula en unos 1.000 millones de dólares anuales, y se habrá obtenido con una inversión total de sólo 112 millones en asistencia internacional, es decir, de 9 millones de dólares anuales durante los trece años del período 1967-1979, contando no sólo los gastos costeados por la OMS, sino también las aportaciones bilaterales y multilaterales de 42 países. Se calcula que los países de endemia variólica habrán gastado aproximadamente el doble de esa cantidad, pero de hecho pocos de ellos tuvieron durante la campaña gastos superiores a los que venían ocasionándoles los interminables programas de lucha antivariólica «a la antigua usanza».

Así, pues, el capítulo de la viruela se ha cerrado, esperemos que para siempre. La erradicación es una victoria para cientos de miles de trabajadores de salud de muchos países, entre ellos los 73 representados en la plantilla de personal antivariólico de la OMS, y puede considerarse como un triunfo de la colaboración internacional y de la medicina preventiva. Es evidente que la coordinación, la cooperación, la abnegación y la imaginación permiten hacer grandes cosas con un gasto mínimo. ■