

## Plan Continental de ampliación e intensificación del combate a *Aedes aegypti*<sup>1</sup>

Impulsadas por una resolución aprobada en 1947 por los Estados Miembros de la OPS, las campañas de erradicación de *Aedes aegypti*, mosquito vector del dengue y de la fiebre amarilla, fueron todo un éxito en los años cuarenta y cincuenta. Entre 1948 y 1962 *A. aegypti* desapareció de 21 países de la Región de las Américas. Sin embargo, en los años siguientes, la falta de sostenimiento y en algunos casos el abandono de los programas trajeron como resultado la reinfestación de los países y se perdió el esfuerzo realizado en años anteriores.

En 1985, mediante una nueva resolución del Consejo Directivo de la OPS, se intentó revitalizar la lucha contra *A. aegypti*, pero la situación del dengue y el dengue hemorrágico continuó empeorando. En los años noventa, prácticamente todos los países se encuentran infestados de nuevo por el vector y el dengue constituye otra vez un grave problema de salud pública. Por esta razón, el XXXVIII Consejo Directivo resolvió en 1995 que se creara un grupo técnico encargado de estudiar la elaboración de un plan de alcance continental para erradicar *A. aegypti* de los países de la Región.

Al año siguiente, basándose en un documento presentado por dicho grupo técnico, el XXXIX Consejo Directivo aprobó una nueva resolución en la que se instaba a los Estados Miembros a elaborar planes nacionales para ampliar e intensificar los esfuerzos de erradicación del vector. Se estableció asimismo un grupo de trabajo de expertos para integrar los detalles del plan continental. En cumplimiento de estas disposiciones, el grupo de expertos se reunió en Caracas, Venezuela, del 22 al 24 de abril de 1997 y proyectó un plan de lucha contra *A. aegypti*, que tuvo como marco de referencia los planes previamente bosquejados por los países.

### SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR *Aedes aegypti*

#### Dengue y dengue hemorrágico

Según datos de la OMS, más de 100 países han sido afectados hasta ahora por epidemias de dengue o de dengue hemorrágico. Anualmente ocurren más de 50 millones de casos de ambos tipos de dengue, con alrededor de 500 000 hospitalizaciones y 20 000 defunciones. Las tasas de ataque llegan

<sup>1</sup> Basado en el "Informe sobre el control del *Aedes aegypti*" preparado por un grupo de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud para presentación en septiembre de 1997 al Consejo Directivo en su XL Reunión. (Documento CD40/16 [Esp.] 7 julio 1997.)

a 64 por 1 000 habitantes y los niños constituyen la gran mayoría (95%) de los casos. Además de la carga de sufrimiento que produce la enfermedad, su control es costoso y las epidemias tienen un efecto negativo importante en el desarrollo socioeconómico de los países.

En las Américas, la reemergencia de esta enfermedad se empezó a manifestar en los años sesenta con extensas y abruptas epidemias en Venezuela y varias islas del Caribe, incluidas Jamaica y Puerto Rico. A fines de los años setenta el dengue 1 se reintrodujo en forma de una pandemia que afectó a El Salvador, Guatemala y Honduras, México, el estado de Texas en los Estados Unidos de América, Colombia, Guayana Francesa, Guyana, Suriname y Venezuela, así como todas las islas del Caribe. De 1978 a 1980 se notificaron 700 000 casos, pero se estima que la pandemia afectó a muchas más personas, probablemente a varios millones. En el decenio de 1980 hubo varias epidemias importantes en países endémicos y el dengue 1 se expandió hacia Suramérica, con brotes en Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay y Perú, países que hacía muchos años no experimentaban la enfermedad o que jamás la habían notificado. En esos brotes enfermaron millones de personas y algunas murieron. Costa Rica y Panamá, los dos últimos países tropicales infestados por *A. aegypti* pero exentos de dengue, informaron en 1993 que en sus territorios había comenzado la transmisión autóctona de la enfermedad.

En 1994 se introdujo el dengue 3 en la Región. Ese serotipo fue detectado simultáneamente en Panamá y Nicaragua, y en este último país se originó una epidemia de dengue y dengue hemorrágico. En 1995, el dengue 3 se diseminó a otros países de Centroamérica excepto Belice, y a México. Debido a que el dengue 3 no circulaba en las Américas desde 1978 (16 años de ausencia), se estimó que hay 200 millones de personas susceptibles en riesgo en las áreas infestadas por *A. aegypti* y existe el peligro de grandes epidemias.

En 1995 fuertes epidemias de dengue azotaron Centroamérica, el Caribe y Suramérica (Brasil, en particular) y 41 países informaron de 284 483 casos, o sea, la mayor incidencia de dengue desde 1981. En 1996 se registraron 250 707 casos, de los cuales alrededor de 80% correspondieron al Brasil.

Puede afirmarse que hoy día en la Región de las Américas existen condiciones epidemiológicas y sociales similares a las que favorecieron el agravamiento del dengue hemorrágico en Asia durante el decenio de los años cincuenta. Es decir, se encuentran altas densidades del vector junto con circulación de varios serotipos del virus del dengue y hacinamiento de poblaciones marginadas en los cinturones de pobreza de las grandes ciudades. Además la situación en la Región está siguiendo

una evolución similar a la que se inició en la región de Asia en ese decenio, debido a las escasas medidas de control.

La primera y más grave epidemia de dengue hemorrágico en las Américas fue causada por dengue 2 en Cuba en 1981. Se notificaron 344 203 casos de dengue y dengue hemorrágico, incluidos 10 312 casos graves y 158 defunciones. La segunda epidemia más importante ocurrió en Venezuela de 1989 a 1990, con 5 990 casos y 70 muertes. En esa ocasión circularon los serotipos 1, 2 y 4, pero en los casos mortales se detectó solamente el 2. Alrededor de dos tercios de los casos y defunciones por dengue hemorrágico en Cuba y Venezuela ocurrieron en menores de 14 años.

La extensa difusión del dengue hemorrágico que ha tenido lugar en la Región desde la epidemia de Cuba en 1981 es muy preocupante. Hasta 1996 se notificaron casos todos los años, con excepción de 1983. En ese período, 25 países registraron 41 669 casos de dengue hemorrágico. Durante los años noventa se ha incrementado notablemente el número de casos (28 434) comparado con el del decenio anterior (13 235). La creciente hiperendemicidad del dengue, con la circulación de varios serotipos, constituye un serio factor de riesgo de que la situación llegue a agravarse aun más.

## La fiebre amarilla

Durante los siglos XVIII, XIX y los tres primeros decenios del XX hubo grandes epidemias de fiebre amarilla urbana con alta mortalidad en las Américas, especialmente en las ciudades portuarias. Si bien no ha habido transmisión urbana del virus por más de 40 años, anualmente se informa de casos de la forma selvática por lo menos en cinco países (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú).

En los años ochenta y noventa, 80% de esos casos se registraron en Bolivia y Perú. La presencia de grandes densidades de *A. aegypti* en centros urbanos de áreas enzoóticas de la enfermedad representa un riesgo potencial de que se urbanice la enfermedad. Muestra de ello es el brote que ocurrió en el Perú en 1995, con 492 casos y 192 defunciones.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL Y ERRADICACIÓN DE AEDES AEGYPTI

### Antecedentes

A lo largo de los años, las actividades de los países contra *A. aegypti* se han visto obstaculizadas por factores económicos, políticos, sociales y admi-

nistrativos de distintos grados de complejidad. Uno de los problemas principales ha sido la falta de aplicación de medidas de prioridad oficial a la prevención y el control del dengue. Las actividades de lucha contra el vector no se han sostenido de forma apropiada debido a que no se han institucionalizado los programas, no hay integración intra ni intersectorial y no se ha recabado la participación de las comunidades.

La mayoría de los programas se han incorporado a los ministerios de salud como servicios de *A. aegypti* y fiebre amarilla o se han combinado con los de malaria o de control de vectores. Por lo general hay poca comunicación y colaboración entre programas y otras entidades relacionadas, sean gubernamentales, no gubernamentales o locales. Además, el personal recibe poco adiestramiento y no lleva a cabo investigaciones operacionales.

La principal medida contra el vector es la aplicación de insecticidas. Frecuentemente se aplican larvicidas a recipientes que podrían destruirse o recogerse y se usan excesivamente los adulticidas en volumen ultrabajo en las áreas donde no hay transmisión de dengue. Esos métodos se consideran útiles para la supresión de epidemias pero no son apropiados para el mantenimiento ordinario.

### El Plan Continental contra *Aedes aegypti*

Habiéndose analizado los factores que en el pasado determinaron el éxito y luego el fracaso de las campañas contra *A. aegypti* y las diferencias actuales con respecto a programas nacionales y otras acciones afines, el Plan tiene como objetivos incrementar las acciones de combate contra *A. aegypti* para eliminar la circulación de los virus del dengue en las Américas, así como la vigilancia en aquellos países que se mantienen exentos de infestación. Tal como se ha elaborado, el Plan Continental intensificaría la lucha contra *A. aegypti* hasta alcanzar niveles de infestación cercanos a cero.

**Principios orientadores.** Para realizar el Plan Continental e interrumpir la transmisión del dengue, los programas nacionales deben ser institucionalizados y respaldados legalmente por los ministerios de salud y los gobiernos nacionales. Al mismo tiempo, es necesario eliminar las condiciones sociales y ambientales que favorecen la proliferación del vector y para ello se requiere una participación comunitaria efectiva. El equipo que administra el programa de control a nivel del ministerio de salud ha de ser fortalecido mediante reestructuración y reorganización según sea necesario, pero teniendo en cuenta que es preciso descentralizar, fortalecer y adecuar

las acciones del Plan a la estructura local. La integración es esencial para la gestión dentro del sector de la salud y entre este y otros sectores; así como en los esfuerzos de las instituciones gubernamentales y las no gubernamentales, y en el sentido de universalizar y sincronizar la aplicación del Plan en todos los países de la Región. Es de suma importancia que los recursos disponibles en todos los niveles se distribuyan de forma equilibrada entre los diversos componentes según la importancia de cada uno; que se cumplan los lineamientos técnicos descritos en guías y manuales, y que se consiga la participación de los centros de investigación y enseñanza.

**Estrategias de lucha contra *Aedes aegypti*.** En la mayoría de los países, las estrategias propuestas y los recursos asignados han sido inadecuados e insuficientes para llevar a cabo programas de lucha con miras a la erradicación de *A. aegypti*. El control y la erradicación, a veces considerados indistintamente, son dos estrategias con metodologías y metas diferentes.

La erradicación implica cobertura universal de todos los criaderos del mosquito en todas las casas de todas las localidades infestadas en el país hasta eliminar totalmente el vector y montar vigilancia permanente contra la reinfestación. Esto se realiza en cuatro fases consecutivas: preparatoria, de ataque, de consolidación y de mantenimiento. Los países suelen avanzar a ritmo distinto de una fase a otra, ya que ello depende de las condiciones locales y de los recursos disponibles. El costo inicial de esta estrategia es alto, pero una vez eliminado el mosquito, los gastos en vigilancia contra la reinfestación son mucho menores y se evita totalmente la transmisión del dengue y de la fiebre amarilla urbana.

La estrategia de control es el uso eficiente de recursos limitados para evitar epidemias y mortalidad. Los esfuerzos se concentran en las zonas determinadas de mayor riesgo para reducir, pero no erradicar, el vector. El costo de la estrategia de control es menor que el de la fase de ataque de la erradicación, pero mayor que el de la fase de mantenimiento o vigilancia contra la reinfestación. Después de algunos años en marcha, la estrategia de control puede costar más que la de erradicación.

### Componentes del Plan Continental

**Eliminación de criaderos de *Aedes aegypti*.** El control de recipientes artificiales como los envases desechables, llantas y barriles donde se cría el mosquito *A. aegypti* es la piedra angular de cualquier empeño para prevenir el dengue. Sin embargo, junto con el control de los criaderos, hay que

implantar el saneamiento ambiental, la participación social, la comunicación y educación para la salud, el control químico y el control biológico. Por lo tanto, una estrategia efectiva exige el concurso de varias disciplinas, tales como la entomología, la ingeniería, la psicología del comportamiento, la comunicación y la educación sanitarias y la sociología y antropología médicas. Desde luego, cualquier acción tiene que fundamentarse en el conocimiento de los criaderos principales de una localidad y de los factores que contribuyen a su existencia. Al mismo tiempo, hay que asegurarse de la calidad de los servicios básicos de saneamiento ambiental y modificar el comportamiento humano. El combate químico es solo un componente complementario a la eliminación de los criaderos de *A. aegypti*.

**Saneamiento ambiental.** Las actividades de saneamiento, que en este caso se refieren a la eliminación de criaderos del vector, tienen que ver principalmente con el control del agua y de los residuos sólidos. En lugares donde no hay suministro de agua a domicilio o el agua es de mala calidad, es común almacenar agua en tanques, barriles y otros recipientes, en los que pueden producirse grandes cantidades de mosquitos. De igual modo, cuando la recolección de basura es irregular o deficiente, la acumulación de materiales desechados en los patios como latas, botellas y llantas, en los que se empoza el agua de lluvia, provee una variedad de criaderos para los mosquitos. Se necesita también prestar atención a los recipientes y llantas abandonados en áreas públicas y en basureros improvisados a orillas de los ríos y carreteras, así como en los almacenamientos de materiales para algunas industrias, por ejemplo la de renovación de llantas.

En un programa de eliminación de *A. aegypti*, las principales medidas de saneamiento son mejorar el sistema de abastecimiento de agua, manejar adecuadamente la recolección y el reciclaje de desechos sólidos, eliminar los criaderos artificiales y naturales, y gestionar el sistema de vigilancia ambiental. Otras obras importantes relacionadas son arreglar el alcantarillado y el drenaje urbano y controlar los roedores. Por supuesto que estas deben ser consideradas medidas fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población y no solo para controlar epidemias.

Datos de los países de la Región obtenidos a principios de 1997 por el grupo de trabajo a cargo de formalizar el Plan Continental indican que en ese momento 80% de los municipios de zonas urbanas contaban con agua potable, y un porcentaje igual tenía recolección de basura, pero solo en 59% había disposición adecuada de los desechos teniendo en cuenta el problema de *A. aegypti*. Estas

cifras son solo aproximaciones, ya que en cada país varían las coberturas de servicios y los elementos involucrados en la formación de criaderos, según las condiciones locales. Además, los datos municipales no significan necesariamente que dentro de cada uno de ellos todas las casas tengan los servicios de agua y recolección de basura.

**La participación y comunicación sociales.** La participación de una comunidad debe formar una parte integral y continua de cualquier programa de lucha contra *A. aegypti*, sobre todo de los componentes de saneamiento ambiental y control químico. Esta participación requiere una comunicación continua entre las comunidades y el personal encargado de ejecutar el programa, con objeto de poner en marcha actividades tendientes a modificar los comportamientos humanos que propician la proliferación y el mantenimiento de criaderos potenciales de *A. aegypti*. Los criaderos no pueden eliminarse con solo mejorar los servicios básicos; también es esencial modificar las prácticas y comportamientos humanos que favorecen su existencia. En muchos casos, esas prácticas se relacionan con el aprovisionamiento de agua, ya sea la de uso doméstico, que se acumula en materiales desechados como llantas, botellas y latas; la que se mantiene en bebederos para los animales domésticos, y la que se estanca en recipientes que contienen plantas. En comunidades que carecen de servicios básicos y donde los criaderos suelen estar en los recipientes para almacenar agua o materiales desechables, por lo general se recomienda una estrategia de desarrollo comunitario en la que la colectividad examina sus propios problemas y colabora con el gobierno y con organizaciones no gubernamentales en la búsqueda de soluciones.

Es necesario plantear a los moradores las ventajas y desventajas del comportamiento actual y las de comportamientos alternativos, y conocer las barreras culturales y sociales frente al cambio. Mediante la comunicación educativa que se canaliza por las escuelas, la radio, la televisión y los materiales impresos, puede apoyarse tanto el mejoramiento de los servicios básicos como el cambio de comportamiento. En ello tienen una función importante los grupos comunitarios organizados, los clubes cívicos, las iglesias y las organizaciones no gubernamentales. También es importante contar con la participación de personas influyentes de alta credibilidad, como veterinarios y botánicos.

La colaboración del sector privado es importante. Este puede patrocinar programas de comunicación y actividades comunitarias, poner mensajes o instrucciones en las latas, platos para plantas y otros productos que suelen convertirse en criaderos, y promover el reciclaje de materiales y el uso de

productos antimosquito, como larvicidas, tapas para barriles y tela metálica.

**El control químico.** Junto con la participación comunitaria, el tratamiento focal por trabajadores de salud es la operación fundamental de la fase de ataque de un programa contra *A. aegypti*. Cada trabajador debe inspeccionar las áreas peridomiciliares y el interior de las viviendas y aplicar larvicidas en los depósitos de agua que no se hayan podido destruir o eliminar. Debe emplearse una cantidad mínima de un insecticida seguro, con un grado de toxicidad muy bajo, que no represente un peligro de contaminación para el ambiente. Los trabajadores de salud, además del tratamiento focal, tienen la tarea de educar a los moradores en la forma de colaborar para que el larvicida surta el efecto esperado.

**Control de emergencias.** Durante brotes epidémicos de alguna de las enfermedades que transmite *A. aegypti*, como medida de emergencia es importante utilizar compuestos químicos que eliminen a los mosquitos adultos. Por lo tanto, cada programa debe mantener en buen estado algunas unidades de equipo pesado portátil e insecticidas.

Las aplicaciones de insecticidas fríos (de volumen ultrabajo) o calientes (por nebulización térmica) son las medidas adecuadas para disminuir rápidamente la densidad del mosquito dando muerte a las hembras infectadas. Los insecticidas se aplican desde la calle, con las máquinas instaladas sobre vehículos. Deben aplicarse en ciclos de corta duración (de 3 a 5 días) que se repitan sucesivamente hasta que haya una disminución estable del número de enfermos en la zona.

Esos tratamientos espaciales a volumen ultrabajo son apropiados para áreas urbanas en ciudades de tamaño mediano o grande, con calles planas pavimentadas. En las áreas inaccesibles al vehículo, se realizan aplicaciones con equipo portátil como medida de apoyo a las aplicaciones con equipo pesado. Los tratamientos se llevan a cabo dentro de todas las habitaciones de las casas y en los patios y corrales.

Otro tratamiento adulticida de emergencia se aplica en el exterior e interior de los recipientes que no se pueden destruir, como apoyo al tratamiento con larvicidas. Se usa insecticida de efecto residual en forma de suspensión en las zonas de mayor densidad del vector.

**La vigilancia entomológica.** Esta actividad tiene cuatro metas: 1) establecer los índices de infestación o reinfestación en cada localidad; 2) determinar la

importancia relativa de los diferentes tipos de recipientes como criaderos de mosquitos; 3) investigar la presencia de otros vectores (como *A. albopictus*) que representan factores de riesgo en la transmisión del dengue, y 4) vigilar el grado de susceptibilidad de los mosquitos *Aedes* a los insecticidas.

La vigilancia entomológica se realiza en dos etapas. En la primera es preciso conocer la distribución geográfica de los mosquitos a fin de definir el riesgo de transmisión del dengue. En la segunda etapa se establecen los métodos de vigilancia para determinar los grados de infestación y detectar nuevas infestaciones.

Los métodos principales de vigilancia son la inspección de casas y el empleo de ovitrampas y larvitrapas. Con el primer método se examinan todos los recipientes dentro y fuera de las casas y se hace una identificación microscópica de las larvas encontradas. Los resultados se expresan como el índice de casas (porcentaje con estadios larvarios de *A. aegypti*) y el índice Breteau (número de recipientes infestados por cada 100 casas inspeccionadas).

Las ovitrampas son recipientes con agua colocados por los inspectores en las casas para atraer a los mosquitos a depositar huevos en ellos. Se hacen comúnmente con secciones radiales de llantas y frascos de plástico o de vidrio. Son especialmente útiles para detectar nuevas infestaciones o reinfestaciones y resultan económicas en función del tiempo que invierten en ello los inspectores. Los resultados se expresan como un porcentaje de las trampas positivas.

Para determinar el grado de infestación, no es necesario inspeccionar todas las casas de una localidad. Según las indicaciones publicadas por la OPS,<sup>2</sup> dependiendo del tamaño del área donde se realiza la encuesta y la precisión deseada en el índice, se puede tomar una muestra generalmente de 10 a 33% de las casas distribuidas uniformemente en el lugar.

Para detectar nuevas infestaciones, se visitan periódicamente los lugares con mayor probabilidad de convertirse de nuevo en focos de infestación para el resto del lugar, como cementerios, talleres de cambio de llantas y cementerios de automóviles.

**La vigilancia epidemiológica.** El objetivo de este sistema es la detección temprana de casos de dengue de manera que puedan aplicarse medidas de control lo más rápido posible para interrumpir la transmisión y prevenir epidemias. Para ello es necesario realizar búsquedas activas de casos y estudios

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control*. Washington DC: OPS; 1995. (Publicación científica 548).

epidemiológicos. En todo ello se ha de tener en cuenta la situación epidemiológica particular de la zona de que se trate (véanse los detalles en la Publicación científica 548 de la OPS citada en la nota 2, al pie de la página 128).

Los lineamientos siguientes se han establecido como base para la vigilancia epidemiológica en función de los objetivos del Plan Continental contra el dengue:

- Sistematizar y dar prioridad a la vigilancia activa como instrumento principal en la detección temprana de casos o brotes epidémicos.
- Fortalecer la vigilancia activa en todas las instituciones de salud, estatales y privadas, locales y provinciales, con personal debidamente capacitado.
- Establecer puntos o centros centinela para vigilar la enfermedad y conocer los serotipos que circulan. Es especialmente importante poder reconocer el serotipo 3 del dengue en las zonas donde no se había detectado antes.
- Actualizar los conocimientos del personal médico de los diversos niveles de atención de la salud para que perfeccione su capacidad de diagnóstico diferencial, clasificación clínica y tratamiento del dengue.
- Hacer análisis integrales del curso de los síndromes febriles y de la situación entomológica local para intensificar la búsqueda activa de casos.
- Estratificar las diferentes zonas geográficas por factores de riesgo basados en la densidad poblacional, los puntos de entrada al país, la situación entomológica, el saneamiento ambiental, el abastecimiento de agua y los antecedentes de dengue.
- Aplicar las normas técnicas divulgadas por la OPS en la Publicación científica 548 (véase la nota 2 al pie de la página 128) para consolidar la vigilancia serológica y virológica de casos sospechosos.
- Informar a los centros locales de los resultados de laboratorio.
- Incrementar la cobertura y mantener el control de la calidad de la red de laboratorios y descentralizar el diagnóstico serológico teniendo en cuenta las características epidemiológicas, de comunicaciones, de las vías de acceso y socioeconómicas de cada país.

La vigilancia epidemiológica requiere la búsqueda activa y toma de muestras de casos febriles o comprobación del diagnóstico clínico en las comunidades, acompañada de información sobre el inicio de la fiebre y el lugar de residencia de cada paciente. Las muestras tienen que procesarse en el laboratorio para identificar el serotipo viral infectante y para que sea inmediata la notificación a los centros de atención médica.

La vigilancia epidemiológica se apoya en la entomológica para determinar el tipo de mosquito presente. Además, exige investigación sobre los mejores métodos de control del dengue para las distintas localidades y estudios de factores sociales que influyen en el comportamiento de la comunidad ante los criaderos de mosquitos, situaciones de alerta epidemiológica, etc. La ejecución adecuada de la vigilancia requiere sistemas de información y adiestramiento del personal involucrado en diagnóstico clínico, técnicas de laboratorio, tratamiento de casos y otros aspectos. La evaluación periódica es esencial para mantener el nivel de excelencia.

**Estructura y gestión.** El desarrollo de estrategias efectivas para controlar los criaderos de *A. aegypti* se fundamenta en la disponibilidad de técnicos capacitados, tanto a nivel nacional como local. En el nivel nacional es necesario contar con un grupo técnico multidisciplinario, constituido por profesionales experimentados en las áreas de educación, saneamiento, control químico, entomología y vigilancia epidemiológica. En este grupo se trabajará para integrar los diversos ministerios y producir legislación de apoyo que garantice el cumplimiento del programa. Asimismo se seleccionarán las estrategias más apropiadas para controlar los criaderos principales y promover el reciclaje de materiales y el saneamiento ambiental.

En el área de la educación sanitaria pública para la nación y comunidades en particular, se planearán anuncios de radio y televisión. Por otra parte, del grupo han de surgir las investigaciones operacionales que permitan reconocer los comportamientos que favorecen la existencia de criaderos. El grupo recabará también la colaboración de empresas nacionales y organizaciones no gubernamentales y formulará programas de adiestramiento para los diversos componentes de la eliminación de criaderos.

Una de sus tareas más importantes es apoyar el desarrollo de los programas de nivel local. Por otra parte, se encargará también de captar recursos nacionales e internacionales para las actividades de saneamiento, participación social y control químico. El grupo se pondrá en contacto con las instituciones y representantes de la sociedad que puedan ayudar en la empresa, trazará planes y desarrollará cronogramas para su ejecución.

En el ámbito local se requiere igualmente un grupo interdisciplinario que coordine y lleve a cabo el programa por medio de las actividades siguientes:

- Promover reuniones con las instituciones de saneamiento, educación y salud.

- Sensibilizar a los funcionarios que participan en el programa para que desempeñen el papel de educadores sanitarios.
- Realizar actividades relacionadas con el desarrollo educativo continuo de la población para lograr cambios en su comportamiento y en las prácticas relacionadas con la proliferación de *A. aegypti*; instruirla sobre los peligros del empleo excesivo de insecticidas, y conseguir su participación en campañas periódicas de saneamiento ambiental.
- Gestionar con las autoridades locales la extensión de la cobertura de recolección de desechos y de agua potable sin interrupción en las zonas necesitadas.
- Incentivar a los responsables de los servicios de disposición final de basuras para que los rellenos cumplan con los requisitos para evitar la formación de criaderos de mosquitos.
- Sumarse a proyectos con un enfoque integral de salud, como los de municipios saludables.

### Costos del Plan Continental

Se estimó que la ejecución del Plan Continental requiere US\$ 1 681 775 000 anuales, de cuya cantidad 98% corresponde a operaciones directas contra el vector, 1% a vigilancia epidemiológica y 1% a participación social y comunicación. En el Plan Continental, la estimación de costos muestra claramente la importancia que entrañan los recursos al seleccionar una estrategia de combate contra el vector.

El éxito del plan depende de que todos los países de la Región —y no solo una parte de ellos—, se comprometan a ejecutarlo y decidan apoyarlo con los fondos nacionales que sean necesarios.

La voluntad y los recursos para respaldar esa estrategia deben tener la más alta prioridad. Sin embargo, muchos países enfrentan dificultades financieras y no tienen grandes posibilidades de obtener fondos externos para ejecutar el Plan. Si bien la mayor parte de los fondos deberá provenir de los Estados Miembros, la OPS los apoyará y asesorará en la preparación de sus planes individuales y pondrá a su disposición la información técnica que permita el máximo progreso. También procurará allegar fondos externos en la medida de lo posible para facilitar la ejecución del plan.

---

### SYNOPSIS

#### **Continental Plan for expanding and intensifying the war against *Aedes aegypti***

*Campaigns for the eradication of Aedes aegypti, the mosquito vector responsible for spreading dengue and yellow fever, enjoyed great success during the forties and fifties. Between 1948 and 1962, A. aegypti disappeared from 21 countries in the Region of the Americas, but lack of sustainability of the programs resulted in the gradual reinfestation of practically all countries. In an effort to combat the situation, in 1995 PAHO began to help its Member States with the creation of an expert panel charged with drawing up a continental plan of action for eradicating A. aegypti from all countries. The Continental Plan for expanding and intensifying the war against Aedes aegypti was drawn up in Caracas, Venezuela, in April of 1997, in accordance with the objectives previously established by the countries. The plan's success will depend on having all countries commit themselves to putting it into effect and to providing the national funds that are needed for its full implementation.*

---