ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D.C. 20037, E.U.A. CABLEGRAMAS: OFSANPAN

TELEFONO 223-4700

REFERENCIA: HP-A
Perú-0900

Fecha CONVENIO

ACUERDO
PARA EL CONTROL DE LA PESTE
EN EL PERU

El Gobierno de la República del Perú, que en adelante se denominará "el Gobierno", y

La Organización Mundial de la Salud, que en adelante se denominará "la OMS",

DESEANDO llevar a un acuerdo mutuo sobre un programa de control del foco natural de peste silvestre en el Perú, especialmente respecto al propósito de este proyecto y a las obligaciones correspondientes a cada una de las partes;

DECLARANDO que estas obligaciones serán cumplidas dentro de un espíritu de amistosa cooperación,

HAN ACORDADO lo siguiente:

PARTE I

Base de las Relaciones

El Acuerdo Básico firmado entre el Gobierno y la Organizaciones Representadas en la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas el 30 de marzo de 1956 servirá de base para las relaciones entre el Gobierno y la OMS, y el presente Acuerdo ha de interpretarse a la luz de dicho Acuerdo Básico.

PARTE II

Información Básica

La peste llegó a este país en el año 1903 al puerto del Callao, para después dispersarse por vía marítima a lo largo del litoral, penetrando al interior de la República. Desde hace unos 15 años no se registran brotes urbanos; habiéndose acantonado esta enfermedad en sectores rurales situados en la región norte. Actualmente se desplaza hacia la zona oriental (Cuenca del río Marañón) donde, por razones ecológicas, es difícil su control.

En el período 1903-1963, se han registrado 23,087 casos de peste humana. En 1964 y 1965 fueron registrados 319 casos humanos con 37 muertes.

Merced a la acción de diferentes factores ambientales relacionados tanto con el agente, como con el reservorio, y también por diferentes campañas y mejoramiento socio-económico, los brotes epidémicos fueron haciéndose cada vez menos severos y con intervalos más prolongados. En la actualidad los focos están circunscritos a la zona norte de Perú, observándose una tendencia en su desplazamiento hacia lugares vecinos a la región selvática. De acuerdo a las informaciones epidemiológicas recogidas acerca de la incidencia de peste en los últimos 10 años, los brotes ocurren en estaciones determinadas y siguen una tendencia cíclica, observándose mayor cantidad de casos, generalmente cada 6 ó 7 años.

El foco actual de peste silvestre se encuentra en la región norte con reservorios y vectores silvestres, y abarca un área aproximada de 100,000 Km2. que comprende las siguientes circunscripciones (que tuvieron brotes en el período 1955-1964):

Provincias	Departamentos
Bagua	Amazonas
Bolognesi, Casma, Huaráz, Recuay	Ancash
Hualgayoc, Jaén, San Ignacio y San Miguel	Cajamarca
Lambayeque	Lambayeque
Ayabaca, Huancabamba, Sullana, Paita	Piura
Contralmirante Villar	Tumbes

Este área ofrece condiciones muy favorables desde el punto de vista ecológico para el crecimiento de una densa fauna de roedores silvestres (sciuridae), ocurriendo entonces el intercambio de la Pasteurella pestis entre aquellos reservorios con enzootia permanente y las especies intermediarias peridomésticas (cricetidae). Muy sensibles a ondas epidémicas, estos intermediarios, a su vez, penetrando periódicamente en la habitación humana atraídas por alimentos, infectan a la fauna doméstica (Mus musculus y cavidae domesticada) y al propio hombre.

Cabe también la posibilidad de que el hombre durante el desempeño de sus labores agrícolas, tome contacto en el campo con púlidos infectados, provenientes de roedores silvestres portadores de Pasteurella, constituyendo la presentación de casos humanos, un "accidente" dentro de la diseminación de la enfermedad.

Entre los reservorios más importantes de la zona tenemos el Akodon mollis y el Oryzomys xanteollus; y entre los vectores a las especies Poligenes brachinus y Xenopsylla cheopis.

Como factor ambiental favorable hay que referir la precaria vivienda de la zona rural de la sierra, construída de paredes de palo y barro (adobe) con techo de paja, hoja de bromelia o tejas, distribuída en una o dos piezas oscuras con piso de tierra y con un "entretecho" donde se guarda los productos de cosecha, lugar preferido por los roedores en sus incursiones generalmente nocturnas.

La crianza de cuyes (cavidae) es generalizada y constituye un verdadero filtro para la enfermedad, la cual es traída por los cricétidos del campo a la vivienda. El área de limpieza, los cercados ("pircas") de piedra o de bromelia, o de bromelia y piedra combinados, se prolongan de las casas a los campos de cultivo anexos a ellas, propiciando de una manera considerable, la interacción entre las faunas expresadas. Los habitantes de dicha área (indios o mestizos en su mayoría), tienen un nivel cultural-económico bajo, siendo por tal razón difícil su participación en acciones comunitarias, y arduo poder introducir en ellos, costumbres de limpieza y transformar sus hábitos, lo que facilita la persistencia de la endemia. En cuanto a número de habitantes se refiere, se han estimado 881,043 personas para 1964, dicha población está en su mayor parte definida como rural (60 a 70% aproximadamente), teniendo menor importancia la población urbana, por cuanto no se presentan brotes en dicho sector.

Siendo la zona que comprende las provincias de Ayabaca y Huancabamba de mayor importancia en cuanto a endemia pestosa se refiere; podemos consignar que durante los 10 últimos años, los brotes se han sucedido anualmente alcanzando su mayor incidencia en Huancabamba en 1960 y en Ayabaca en 1962. Desde el año 1958 la peste se está extendiendo en forma creciente hacia la zona oriental (Cuenca del Marañón) pudiendo observarse brotes recientes en las provincias de Jaén, San Ignacio y San Miguel del Departamento de Cajamarca y la de Bagua en el Departamento de Amazonas. Son importantes estas últimas consideraciones, ya que en proyectos futuros se preve comunicación por carretera con la República del Brasil; por lo que entraña peligro toda extensión de la zona endémica, a través de la Hoya Amazónica.

Es de notar que con el incremento de programas de vialidad y de desarrollo agrario, se están entregando a la comunidad extensas áreas de cultivo, en algunas de las cuales ya existen brotes y aún más, es posible que aparezcan nuevos focos como consecuencia del mayor intercambio humano y de productos, corriendo estos últimos el peligro de ser elementos de transporte para reservorios y vectores.

La letalidad de la peste continúa bastante elevada y el último decenio reveló índices que varían entre 10.4% y 48.4%, naturalmente, que un factor importante en esa alta letalidad, es la ausencia de tratamiento oportuno de los casos.

El 13 de abril de 1964 los Gobiernos de Perú y Ecuador firmaron un Acuerdo Sanitario, por el cual se establece un régimen de cooperación frente a problemas comunes de salud, involucrando la realización de programas coordinados, con la asistencia internacional. Entre los

problemas considerados se da preferencia a la peste, por ser esta enfermedad cuarentenable, una amenaza a la salud pública continental y un factor desfavorable al desarrollo integral de los dos países; la cual afectaría también al desenvolvimiento del comercio internacional.

PARTE III

Objetivos

1. El Gobierno con la cooperación de la OMS, tiene los siguientes objetivos en relación con este proyecto:

1.1 Establecer de inmediato un control efectivo donde haya focos activos de peste, para prevenir la ocurrencia de brotes humanos, y reducir la letalidad con el tratamiento oportuno de los casos.

1.2 Evitar la extensión de la enfermedad hacia el oriente, y la consiguiente invasión de la llanura amazónica, realizando un control activo alrededor de los focos recientemente aparecidos en la Hoya del Alto Marañón.

1.3 Efectuar un estudio de las zonas endémicas de peste en territorio peruano, con el objeto de establecer la magnitud de los focos activos, y la razón de declinación de la endemia en los focos que antiguamente presentaron brotes.

1.4 Efectuar estudios epidemiológicos lo más completos posibles, en las zonas anteriormente citadas, a fin de llegar a una conclusión acerca de los reservorios efectivos de la enfermedad, los vectores útiles de la misma, la naturaleza de los casos clínicos, procurando determinar el grado de inmunidad natural de la fauna silvestre y otros factores que condicionen la transmisión de la enfermedad.

1.5 Estudiar los métodos mas eficaces para el control de la peste.

1.6 Mejorar el nivel de educación sanitaria de las comunidades y las condiciones de saneamiento domiciliario.

PARTE IV

Plan de Acción

1. Organización

1.1 El Programa de Control de Peste, en el aspecto administrativo, estará bajo la responsabilidad del Servicio Especial de Salud Pública por delegación de la Dirección General de Salud; con las siguientes atribuciones:

1.1.1 Revisar y aprobar el proyecto de presupuesto presentado por el Comité Técnico.

1.1.2 Supervigilar la marcha administrativa del programa

1.1.3 Proveer los materiales de consumo, equipos, y recursos financieros y llevar la contabilidad del programa.

1.1.4 Solicitar oportunamente a la OMS, los equipos y suministros previstos en la cláusula respectiva del presente Acuerdo.

1.2 El Programa de Control de Peste en el aspecto técnico estará bajo la responsabilidad de un Comité integrado por el Jefe del Programa de Ayuda a los Servicios Locales de Salud del SESP, por el Asesor Supervisor Jefe de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por el Jefe del Programa y por el Consultor Especializado de la OMS, con las siguientes atribuciones:

1.2.1 Planeamiento general de la campaña de control

1.2.2 Asesoramiento técnico a las Areas de Salud interesadas en el programa de control.

1.2.3 Evaluación periódica de las actividades

1.2.4 Elaboración anual de los proyectos presupuestarios para el desarrollo del programa y su remisión al Servicio Especial de Salud Pública para el trámite respectivo.

1.3 La dirección y supervisión de las actividades del control de peste, estarán bajo la responsabilidad directa de un Jefe de Programa con dedicación exclusiva, quien tendrá las siguientes atribuciones:

1.3.1 Desarrollar las acciones de campo en coordinación con las Areas de Salud, a fin de asegurar la utilización de los recursos locales y la estabilidad del programa.

1.3.2 Tomar todas las providencias de orden técnico y administrativo, para asegurar la completa ejecución de las acciones programadas.

1.3.3 Consolidar los informes y resúmenes estadísticos mensuales recibidos de las Areas de Salud vinculadas al programa.

1.3.4 Inspeccionar periódicamente la labor en ejecución en las áreas de trabajo.

1.3.5 Comunicar inmediatamente a la Asesoría de Epidemiología del Ministerio los casos de peste verificados.

1.3.6 Enviar mensualmente al Comité Técnico, informes técnicos y estadísticos acerca de las actividades realizadas.

1.4 Las actividades del programa a nivel local, se desarrollarán con la participación del Médico Epidemiológico del Area de Salud correspondiente, quien tendrá las siguientes atribuciones:

1.4.1 Asegurar la continuidad de ejecución de las actividades de control.

1.4.2 Controlar los informes de actividades del personal auxiliar y elaborar un resumen estadístico mensual, que será elevado al Jefe de Programa y al respectivo Jefe del Area de Salud.

1.4.3 Fiscalizar periódicamente en el terreno, el trabajo de los equipos de inspectores y auxiliares.

1.4.4 Organizar los mapas epidemiológicos de las áreas y los de los focos.

1.4.5 Investigar y tratar los casos de peste humana, así como la ocurrencia de epizootias; haciendo en cualquier situación, la colección de material para los exámenes de laboratorio.

1.4.6 Comunicar lo más pronto posible al Jefe de Programa la ocurrencia de casos humanos de peste y la presentación de epizootias.

1.5 Los exámenes de laboratorio del programa se realizarán localmente en la unidad de campo y serán complementados en el Instituto Nacional de Salud. La investigación científica se hará en colaboración con el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2. Procedimientos

2.1 Desratización

2.1.1 En las zonas urbanas y rurales, se desarrollarán acciones sistemáticas de desratización, mediante el empleo de cyanogás y fluoracetato de sodio ("1080"); u otro raticida que se demuestre más efectivo.

2.1.2 Las actividades de desratización, serán realizadas en ciclos trimestrales durante el primer año y semestrales del segundo al quinto años, salvo que una mejor técnica permita modificaciones.

2.1.3 Para las acciones enunciadas, se delimitarán áreas focales con un radio de seis kilómetros, teniendo como centro la localidad donde haya ocurrencia de peste.

2.2 Despulización

2.2.1 Para la eliminación de pulgas, se emplearán insecticidas residuales en suspensión acuosa o en polvo DDT al 75% polvo humectable o BHC al 3% isomerogama - en los pisos de las casas y DDT al 10% en las personas, ropas y otras prendas en los lugares donde ocurran casos humanos y epizootias. De acuerdo con los resultados obtenidos y otras experiencias, se podrá modificar las concentraciones o los insecticidas.

2.2.2 Realizar despulización sistemática con DDT o BHC en las casas de las áreas con focos, una o dos veces por año, especialmente en las estaciones en las cuales se observa natural aumento de las pulgas, aún cuando no haya ocurrencia aparente de peste.

2.3 Tratamiento de los casos y profilaxia en los contactos.

2.3.1 Como medida importante para la reducción de la letalidad y la morbilidad en peste, se dará énfasis al tratamiento oportuno de los casos y a la quimioprofilaxis de los contactos, mediante el empleo de drogas de elección.

2.4 Educación Sanitaria

2.4.1 Simultáneamente con las actividades de desratización y despulización; deberá desarrollarse un programa de educación sanitaria, compatible con la situación cultural y económica de la población, con el propósito de despertar el interés y estimular su participación activa, en la lucha contra los roedores responsables de cuantiosos perjuicios económicos al destruir alimentos de cosechas, amenazando la salud de la población.

2.4.2 Se buscará obtener la colaboración de la población en prácticas efectivas para la mejoría de la habitación, con el propósito de impedir la crianza de cuyes y desarrollo de la población murina. Se dará especial énfasis a la incineración de la basura, almacenamiento de los productos de las cosechas fuera de las casas y mantenimiento de un área limpia alrededor de aquellas.

2.4.3 Se deberá obtener la cooperación de las autoridades locales y de las comunidades, para la intensificación de medidas tendientes a mejorar las condiciones básicas de saneamiento de viviendas, a la higienización de los mercados y mataderos, y a la recolección y disposición adecuadas de las basuras urbanas.

2.5 Acciones de investigación

2.5.1 Las acciones de investigación estarán dirigidas en especial a conocer la ecología de la enfermedad.

2.5.2 Se determinará el grado de inmunidad natural de la fauna silvestre.

2.5.3 Se tratará de conocer los factores epidemiológicos predominantes en la zona endémica, que no han sido cubiertos por acciones originadas en el inciso 2.5.1.

2.5.4 En el desarrollo de este programa se procurará obtener, mediante selección adecuada, los raticidas e insecticidas más eficaces.

PARTE V

Administración y Fijación de Obligaciones

1. El Gobierno con el asesoramiento técnico de la OMS asumirá la responsabilidad del proyecto. La Dirección General de Salud a través del Servicio Especial de Salud Pública asumirá la responsabilidad inmediata de la administración del proyecto.

2. El personal nombrado por la OMS será responsable ante esta Organización y estará bajo su inspección y dirección, ejercida a través de la Oficina de Zona IV, de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS.

PARTE VI

Obligaciones de la OMS

La OMS se compromete a proporcionar sujeto a sus disponibilidades financieras, lo siguiente:

1. Personal

1.1 Un consultor médico especialiaado en peste

1.2 Un inspector sanitario especializado en control de peste

1.3 Se facilitarán asesores a corto plazo si lo acuerdan mutuamente el Gobierno y la OMS.

2. Becas

2.1 Se concederán becas para el adiestramiento en el extranjero, en materias relacionadas con este proyecto, a técnicos que participen en la campaña.

2.2 Las becas se regirán de acuerdo con las disposiciones establecidas por la OMS para tal efecto.

3. Suministros y equipos

3.1 La OMS proporcionará en el primer año del programa con arreglo a este Acuerdo, suministros y equipos hasta un importe de EUA$20,000.00, incluyendo lo siguiente:

2 Camionetas Suburbanas Chevrolet de doble transmisión
2 Vehículos Land Rover de doble transmisión
1 Equipo para microscopía de anticuerpos fluorescentes y material de laboratorio.
Rodenticidas e Insecticidas, bombas para su aplicación y equipo de campo.

3.2 El equipo y suministros mencionados continuarán siendo propiedad de la OMS, mientras los títulos respectivos no sean transferidos en los términos y condiciones que se convengan entre la OMS y el Gobierno.

PARTE VII

Obligaciones del Gobierno

1. El Gobierno proporcionará todo el personal, edificios, materiales, y equipos y suministros regulares y todos los gastos necesarios para el desarrollo de este programa; excepto lo establecido en la parte VI de este Acuerdo.

2. Personal

2.1 El personal asignado a este programa trabajará a tiempo completo. Además del personal profesional, técnicos de laboratorio y trabajadores de campo, el Gobierno se compromete a proporcionar el personal necesario para la conducción de los vehículos y todo el personal administrativo requerido para el desarrollo normal del programa. El personal mínimo asignado exclusivamente para las actividades previstas en este Acuerdo será el siguiente: un médico epidemiólogo, Jefe del Programa; dos biólogos (entomólogo y mamólogo); un laboratorista (bacteriólogo); cuatro Inspectores de campo; quince trabajadores de campo; cuatro choferes.

2.2 Los gastos anuales estimados en personal asignado al programa son los siguientes:

	S/
Remuneraciones actuales	814,020
Viáticos	400,000
Total	1.214,020

3. Mantenimiento de Vehículos

3.1 El Gobierno se hará cargo de los gastos de combustibles, lubricantes, llantas, repuestos y mano de obra para el buen mantenimiento de los vehículos proporcionados por la OMS para uso exclusivo del programa, de acuerdo a la siguiente suma anual:

	S/
Gasolina (10 gal. diarios por vehículo durante 20 días al mes)	48,000.00
Aceite (1,5 galón cada dos meses, por vehículo)	2,700.00
Llantas (4 llantas anuales para cada vehículo)	13,600.00
Repuestos (bujías, platinos, diafragmas, fusibles, focos, etc. a S/1,500.00 anuales por vehículo)	6,000.00
Mano de obra (S/600.00 anuales por vehículo)	2,400.00
Total	72,700.00

4. Movibilidad y acarreo de materiales

4.1 Para los gastos relacionados a este rubro y destinados a transporte de los equipos y suministros proporcionados por la OMS el Gobierno destinará la suma anual de S/72,000.00.

5. Gastos imprevistos del programa

5.1 Para los gastos incidentales necesarios para la ejecución satisfactoria del programa, el Gobierno asignará una partida anual de S/ 24,000.00.

6. El Gobierno se hará también cargo de los siguientes servicios y gastos:

6.1 Gastos de las comunicaciones oficiales telefónicas, telegráficas y postales.

6.2 Almacenaje y transporte en el interior del país de los equipos y suministros facilitados por la OMS.

6.3 Gastos de información pública en relación con el programa.

7. El Gobierno facilitará al personal internacional proporcionado por la OMS los siguientes medios y servicios:

7.1 Locales para oficina con los muebles, equipos, material de escritorio, y servicios de secretaría necesarios.

7.2 Transporte en el lugar de destino y dentro del país, para viajes relacionados con sus funciones.

7.3 Los demás medios y servicios que se convengan entre el Gobierno y la OMS.

8. Contabilidad de los suministros de la OMS

8.1 Con respecto a los suministros y equipo proporcionados por la OMS, el Gobierno asume la responsabilidad de su recepción, almacenamiento y contabilidad.

9. Reemplazo de equipos

9.1 El Gobierno se compromete a reemplazar aquellos elementos del equipo suministrado por la OMS, que se pierda o sean destruídos por causas distintas a su uso normal.

10. Costos a cargo del Gobierno

10.1 El costo que representa para el Gobierno el cumplimiento de las obligaciones contraídas en relación con el primer año de actividades de este programa es el siguiente:

	S/.
Personal	1.214,020.00
Mantenimiento de Vehículos	72,700.00
Movilidad y acarreo de materiales	72,000.00
Gastos imprevistos	24,000.00
Total	1.382,720.00

11. Informes del Gobierno

11.1 El Gobierno se compromete a informar trimestralmente a la OMS, sobre los progresos de este programa.

12. Publicaciones

12.1 El Gobierno autorizará la publicación tanto nacional como internacional, de los resultados del programa y de la experiencia obtenida a través de ellos.

13. Responsabilidad ante Terceros

13.1 El Gobierno tendrá a su cargo el trámite de todas las reclamaciones que se presenten por terceras partes contra la OMS, sus expertos, agentes o empleados, y mantendrá exentos de responsabilidad a la OMS, sus expertos, agentes o empleados en caso de que resulten cualesquiera reclamaciones o responsabilidades de las actividades realizadas en virtud de este Acuerdo, a menos que el Gobierno y la OMS convengan en que tales reclamaciones o responsabilidades se deben a negligencia grave o falta voluntaria de dichos expertos, agentes o empleados.

13.2 El Gobierno asegurará o indemnizará a la OMS por cualquier responsabilidad civil dentro de las leyes que rigen en el país, que se origine con respecto a los vehículos provistos por la OMS mientras la OMS retenga el título de los mismos.

PARTE VIII

Disposiciones Finales

1. Este Acuerdo entrará en vigor en la fecha en que sea firmado por las partes y permanecerá vigente por un período de cinco años.

2. Este Acuerdo deberá ser ratificado por el Gobierno del Perú de conformidad con sus disposiciones internas.

3. Este Acuerdo puede ser modificado por consentimiento mutuo de las partes.

Y PARA QUE CONSTE, los suscritos debidamente autorizados para tal efecto, firman este Acuerdo, en cuatro ejemplares en castellano.

POR EL GOBIERNO DEL PERU

Lugar Lima, Perú

DANIEL BECERRA DE LA FLOR
Presidente del Consejo de Ministros y
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Fecha 5 de abril 1966

Lugar

(VER "NOTA" AL PIE)

Fecha

Ministro de Relaciones Exteriores

POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Lugar Lima, Perú

Dr. Abraham Horwitz
Director Regional

Fecha 5 de abril 1966

Nota.- No aparece la firma del Ministro de Relaciones Exteriores por cuanto, por Resolución del citado Ministerio de 31.3.66, se autorizó al suscrito para que, en nombre del Gobierno Peruano, firme este Convenio.-

DANIEL BECERRA DE LA FLOR
Presidente del Consejo de Ministros y
Ministro de Salud Publica y Asistencia Social.