consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXXI Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1985

INDEXED

Tema 22 del programa provisional

CD31/7 (Esp.)
31 julio 1985
ORIGINAL: INGLES

15

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

El informe de actividades adjunto (Documento CE95/13, Rev. 1) (Anexo I) se presenta a la XXXI Reunión del Consejo Directivo para revisión en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución CD29.R16 (1983). Tras de haber examinado el informe, la 95a Reunión del Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XIV, cuyo texto se presenta más adelante.

Despues de que el Comité Ejecutivo aprobó la citada resolución, el Director estableció un grupo técnico asesor (GTA) formado por especialistas en control de las enfermedades, cuya primera reunión se celebró en julio del presente año. El GTA analizó el Plan de Acción propuesto (Anexo II) para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. El Grupo informó al Director que el párrafo operativo 4.c de la Resolución XIV del Comité Ejecutivo, en el que se recomienda que los Gobiernos Miembros pidan certificado de vacunación antipoliomielítica de los niños procedentes de países con transmisión documentada del virus salvaje de la poliomielitis, no reviste importancia crítica para el logro de los objetivos del programa.

También en julio pasado, el Director presentó el Plan de Acción al Comité de Coordinación Interagencial, formado por representantes del Banco Interamericano de Desarrollo, UNICEF, USAID, el Club Rotario Internacional y el Grupo Especial de Supervivencia Infantil, quienes lo aprobaron y expresaron profundo interés en apoyarlo.

Se solicita al Consejo Directivo que estudie el informe adjunto y la Resolución XIV, así como la posibilidad de suprimir el párrafo operativo 4.c de la misma.

LA 95a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas (PAI) (Documento CE95/15 y ADD. I),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXI Reunión del Consejo Directivo la aprobación de una resolución conforme a los siguientes términos:

LA XXXI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas (PAI) y el informe de la 95a Reunión del Comité Ejecutivo;

Reconociendo el mejoramiento general obtenido a nivel nacional en la ejecución de este programa y los efectos ya logrados en la reducción de la morbilidad por poliomielitis;

Creyendo que el intento de erradicar la poliomielitis presenta al mundo un desafío y un estímulo para movilizar los recursos con los cuales alcanzar ese objetivo y que el apoyo requerido se halla disponible a nivel nacional e internacional, y

Reconociendo que el logro de ese objetivo realzará el éxito general del PAI,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por el informe presentado.

2. Reafirmar su plena consagración al logro de los objetivos generales del PAI en 1990.

3. Aceptar la Acción propuesta para la erradicación en las Américas de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en 1990 y declarar que las metas establecidas en la Acción propuesta son uno de los objetivos principales de la Organización.

4. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

a) Tomen las medidas necesarias para acelerar los respectivos programas del PAI a fin de asegurar el logro de los objetivos generales del mismo y la erradicación en las Américas de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en 1990;

b) Lleven a cabo los cometidos necesarios y asignen los recursos que hagan falta para la ejecución del programa;

c) Pidan certificado de vacunación antipoliomielítica de los niños menores de cinco años procedentes de países con transmisión documentada de virus salvaje de poliomielitis;

d) Fomenten el apoyo de estas metas dentro de las agencias multilaterales técnicas y financieras de las que también sean miembros.

5. Llamar la atención de los Gobiernos Miembros sobre el hecho de que:

a) La puesta en práctica de los programas de inmunización no debe hacerse en perjuicio de los esfuerzos para desarrollar la infraestructura de servicios de salud y sus acciones globales de promoción, prevención y atención;

b) Las tácticas de campañas y días nacionales de vacunación se deben entender como mecanismos coyunturales y, en la medida de lo posible, habrán de ser sustituidas por acciones regulares de inmunización llevadas a cabo, con caracter rutinario, por los servicios de salud.

6. Pedir al Director que:

a) Busque la asistencia adicional, política y material, necesaria para el logro de estos objetivos, de las agencias multilaterales, bilaterales y no gubernamentales;

b) Actúe de inmediato tal como se indica a grandes rasgos en la Acción propuesta a fin de asegurar el apoyo técnico y financiero necesario para la erradicación en las Américas de la transmisión autóctona del virus salvaje de poliomielitis en 1990;

c) Presente un informe sobre el progreso alcanzado ante la 97a Reunión del Comité Ejecutivo y la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1986.

Anexos

comité ejecutivo del consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

grupo de trabajo del comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

95a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1985

Tema 16 del programa provisional

CE95/15, Rev. 1 (Esp.)
31 julio 1985
ORIGINAL: INGLES

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

Informe del Director sobre el progreso alcanzado

Este informe de actividades se presenta a la 95a Reunión del Comité Ejecutivo para su consideración, en cumplimiento con lo dispuesto en la Resolución XVI de la XXIX Reunión del Consejo Directivo (1983). El informe contiene una descripción de los adelantos logrados en este programa en la Región desde su iniciación en 1977, particularmente en lo que respecta a los esfuerzos desplegados por los países para el éxito del mismo. También se indican las mejoras generales logradas en materia de cobertura de inmunización y organización de programas a nivel de país.

Por los notables adelantos logrados en materia de control de la poliomielitis, se propone en el informe que la Región de las Américas adopte como meta la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis para 1990. Con el fin de lograr este objetivo y de mantener lo que se ha logrado, se recomienda fortalecer los sistemas nacionales y regionales de vigilancia tanto como sea posible. Estas medidas y la erradicación de la poliomielitis deben servir para fortalecer el PAI y, en último análisis, los servicios de atención primaria de salud de todo el Hemisferio.

CONTENIDO

		Página
Resumen Ejecutivo		i
1.	Antecedentes y base normativa	1
2.	Resumen del progreso alcanzado hasta la fecha	2
3.	Examen de la poliomielitis en las Américas, 1969-1984	20
4.	Acción propuesta	34

RESUMEN EJECUTIVO

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se inició en virtud de una resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1974. El PAI para las Américas fue aprobado por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1977. Desde su iniciación en ese año, el PAI en las Américas ha logrado muchos adelantos. Más de 15.000 trabajadores de salud han recibido adiestramiento en talleres organizados por el PAI. El punto focal regional de la cadena de frío en Cali, Colombia, ha capacitado a más de 150 técnicos en el manejo, el mantenimiento y la reparación de equipo. Las Facultades de Salud Pública de la Región han trabajado activamente en capacitación relativa al PAI. La mayoría de los países han progresado a grandes pasos en lo que respecta al mejoramiento y a la expansión del equipo y de los procedimientos empleados en la cadena de frío para garantizar la potencia de las vacunas. La OPS creó el Fondo Rotatorio del PAI, mediante el cual se presta asistencia a los países de la Región para compras de vacunas por un monto superior a EUA$19 millones. Dicho Fondo ha contribuido a mejorar la calidad de las vacunas y a facilitar su obtención a nivel nacional. Desde noviembre de 1980, la OPS ha colaborado con 18 países de la Región en la realización de amplias evaluaciones del PAI. Seis países han realizado evaluaciones suplementarias. La Organización ha trabajado con los países para ofrecer información técnica actualizada y datos recientes sobre los programas por medio del Boletín del PAI, que se publica cada dos meses en inglés y en español y se distribuye a más de 10.000 trabajadores de salud de las Américas. La OPS ha colaborado con otras organizaciones que apoyan las actividades de inmunización, inclusive UNICEF, USAID, Rotary International y el Grupo Especial "Bellagio" de Supervivencia Infantil.

Son notables las mejoras logradas en el control de la poliomielitis paralítica en las Américas desde que se inició el PAI. En esa Región ha aumentado la proporción de niños menores de un año que han recibido las tres dosis recomendadas de la vacuna antipoliomielítica, de 34,6 en 1978 a más de 75% en 1984. El número de casos notificados de poliomielitis paralítica ha disminuido en un 90%, de los 4.728 casos notificados en 1979 a 525 en 1984, y el número de países notificados ha disminuido de 19 en 1975 a solamente 11 en 1984 (ver Cuadro A). Los programas de inmunización en los que se hace particular hincapié en la vacunación antipoliomielítica oral, realizados en Bolivia, Brasil, Colombia, México, la República Dominicana y Nicaragua, han constituido un valioso medio de ampliar la cobertura con la vacuna antipoliomielítica y disminuir la morbilidad por poliomielitis paralítica.

Dado que todos los países de la Región tienen actualmente programas de inmunización y que 26 de ellos han logrado controlar la poliomielitis, cualquier nuevo esfuerzo que se haga en los países que merecen atención prioritaria, enfocado específicamente en la lucha

antipoliomielítica puede llevar a la interrupción de la transmisión autóctona del poliovirus en el Hemisferio Occidental en muy poco tiempo. La erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas merece la inmediata atención de los países del Hemisferio. Hoy en día, con la tecnología de que se dispone, es inaceptable que cualquier niño de este Hemisferio sufra poliomielitis paralítica. La OPS propone un plan de acción con los siguientes objetivos:

a) Promover el desarrollo general del Programa Ampliado de Inmunización en la Región a fin de acelerar el logro de sus objetivos.

b) Erradicar en 1990 la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región de las Américas.

c) Establecer un sistema de vigilancia a niveles regional y nacional de modo que puedan investigarse de inmediato todos los casos sospechosos y aplicarse rápidamente las medidas de control que han de detener la transmisión.

Los elementos de mayor importancia crítica para el éxito de esta iniciativa son el compromiso político adquirido por los gobiernos nacionales y el apoyo de los organismos internacionales. La OPS coordinará la consecución de asistencia financiera y técnica. Se estima que en los próximos cinco años se necesitarán EUA$30 millones adicionales para cubrir los costos de personal adicional y apoyo laboratorial; ampliación de la vigilancia y control de brotes; garantía de la calidad de la vacuna y desarrollo de la cadena de frío.

La vigilancia intensificada es indispensable para el éxito de esta iniciativa y del PAI en general. Todos los casos sospechosos de poliomielitis deben tratarse como emergencias de salud pública e investigarse inmediatamente a cabalidad. Es preciso identificar la cadena de transmisión y realizar investigaciones sobre el terreno (con apoyo laboratorial) para determinar la amplitud de los focos que causan brotes. Hay que apoyar a los laboratorios en sus actividades de aislamiento de virus y en la realización de exámenes serológicos en la Región. Se propone que la OPS celebre cada seis meses una reunión de todos los administradores nacionales del PAI para analizar los adelantos logrados en materia de erradicación de la poliomielitis.

El Director de la OPS propone que los Estados Miembros obren de manera decisiva para lograr la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en el Hemisferio para 1990.

Cuadro A. Número de casos de poliomielitis en las Américas, por país, 1975-1984

País	No. promedio de casos		No. de casos			
	1975-77	1978-80	1981	1982	1983	1984
Bermuda	-	-	-	-	-	-
Canada	1	4	-	-	-	1
E.U.A.	13	20	7	9	12	7
Anguila	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-
Grenada	-	-	-	-	-	-
Guayana Francesa	-	-	-	-	1	-
Haití	25	16	35	35	62	63
Islas Caimán	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	58	-	-
Monserrat	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	63	107	72	70	7	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-
San Cristóbal/Nieves	-	-	-	-	-	-
San Vicente	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-
Belice	-	2	-	-	-	-
Costa Rica	-	-	-	-	-	-
El Salvador	38	23	52	16	88	19
Guatemala	39	116	42	136	208	17
Honduras	78	101	18	8	8	76
México	710	966	186	98	232	137
Nicaragua	26	36	46	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-
Bolivia	138	121	15	10	7	-
Brasil	2.807	1.854	122	69	45	82
Colombia	525	305	576	187	88	18
Ecuador	45	10	11	11	5	-
Guyana	2	-	-	-	-	-
Paraguay	74	20	60	71	11	3
Perú	136	120	149	150	111	102
Suriname	-	-	-	1	-	-
Venezuela	44	34	68	30	-	-
Argentina	2	22	5	10	26	-
Chile	-	-	-	-	-	-
Uruguay	6	-	-	-	-	-
TOTAL	4.772	3.877	1.464	969	911	525
NUMERO DE PAISES QUE NOTIFICARON CASOS	19	18	16	17	15	11

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI) EN LAS AMERICAS

1. ANTECEDENTES Y BASE NORMATIVA

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) tiene su base en la resolución WHA27.57, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974. Las normas generales del programa, incluida la meta del PAI de proporcionar servicios de inmunización a todos los niños del mundo en 1990, se aprobaron en la resolución WHA30.53 aprobada en mayo de 1977. Dichas metas y normas fueron endosadas por la Resolución CD25.R27 de la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1977. La importancia del PAI como componente esencial de la salud maternoinfantil y de la atención primaria de salud se subrayó en la resolución WHA31.53, aprobada en mayo de 1978, y en la Declaración de Alma Ata de septiembre de 1978.

En septiembre de 1978 se estableció, por Resolución XVI de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, un Fondo Rotatorio del PAI para la adquisición de vacunas, y en septiembre de 1979 se solicitó al Director, por Resolución CD26.R21 de la XXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, que se redistribuyan los fondos y otros recursos de programas afines para fortalecer el programa del PAI y para establecer un punto focal regional que asegure el continuo desarrollo de la cadena de frío.

En mayo de 1982 la Asamblea Mundial de la Salud, mediante la Resolución WHA35.31, instó a los Estados Miembros a que tomen providencias para un programa de acción de cinco puntos destinado a fortalecer el progreso del PAI de modo que se alcancen las metas establecidas en 1990.

En la resolución XVI de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en septiembre de 1983 se exhortó a los países a establecer metas bienales de cobertura de inmunización y a agilizar las actividades de vigilancia para medir el impacto de la reducción de las enfermedades, particularmente las relativas a la monitoría de la incidencia de poliomielitis, sarampión y tétanos neonatal que han de servir de indicadores de los efectos del programa.

Los objetivos a largo plazo del PAI persiguen lo siguiente:

- reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis mediante la provisión de servicios de inmunización contra dichas enfermedades para todos los niños del mundo en 1990 (se incluirán otras enfermedades seleccionadas cuando y donde se considere aplicable);

- fomentar la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios de inmunización dentro del contexto de los servicios integrados de salud, y

- fomentar la autosuficiencia regional en lo concerniente a la producción y control de la calidad de las vacunas.

El PAI requiere una dedicación prolongada a actividades ininterrumpidas de inmunización y es un elemento esencial dentro de la estrategia de la OPS/OMS para la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000. La cobertura de la inmunización se ha incluido entre los indicadores que han de utilizarse para observar el éxito de dicha estrategia a niveles regional y mundial.

2. RESUMEN DEL PROGRESO ALCANZADO HASTA LA FECHA

2.1 Niveles de cobertura e impacto

En respuesta a la Resolución XVI de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en la que se reconoce que será necesario un progreso acelerado para alcanzar los objetivos del PAI en 1990 y se exhorta a los países a que establezcan metas bienales de cobertura de inmunización y de reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades del PAI, los administradores de programas del PAI de América Latina y el Caribe celebraron reuniones subregionales durante los últimos dos años a fin de examinar el progreso alcanzado y de establecer las metas de la cobertura de la inmunización para 1985. En noviembre de 1983 los administradores del PAI de 17 países de habla inglesa del Caribe se reunieron en Port of Spain, Trinidad y Tabago, y en marzo de 1984 los administradores del PAI de 20 países de América Latina se reunieron en Lima, Perú.

El examen de los informes de los países reveló que la cobertura de la inmunización en las Américas ha mejorado considerablemente desde el inicio del PAI en 1977. En 1978, por ejemplo, una proporción muy pequeña de los niños menores de 1 año (menos del 10%) vivía en países donde la cobertura completa de inmunización con vacunas del PAI alcanzaba como mínimo al 50% de este grupo de edades. En 1984 esta proporción se elevó considerablemente hasta más del 55% respecto de las vacunas DPT y antisarampionosa y a más del 80% en lo referente a la vacuna antipoliomielítica (Cuadro 1). Se presenta una ilustración del impacto del PAI en la Figura 1, donde se representan gráficamente las tasas de incidencia de poliomielitis, tétanos, difteria, tos ferina y sarampión desde 1970 hasta 1984 en América Latina y el Caribe.

2.2 Establecimiento de las metas para 1985

2.2.1 América Latina

Los 20 países asistentes a la reunión de Lima establecieron sin excepción las metas 1985 de la cobertura de vacunación de vacunas DPT, antipoliomielítica, antisarampionosa y BCG. En el Cuadro 2 se presentan estas metas, comparadas con las coberturas notificadas en 1983. Menos de

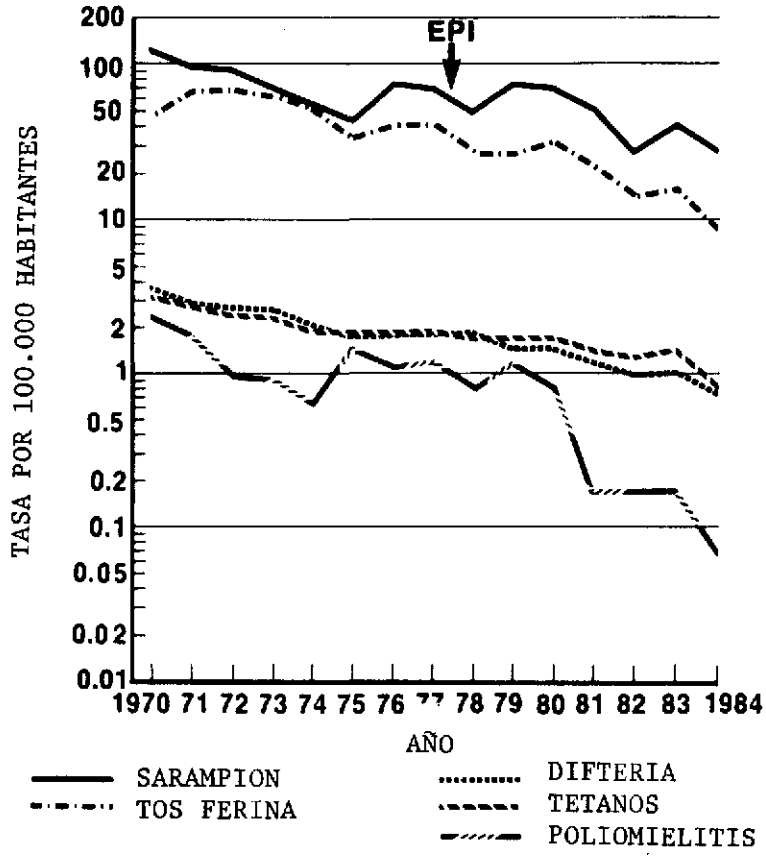
Cuadro 1: Cobertura de vacunación correspondiente a niños menores de un año, por tipo de vacuna, 1984 (Informe provisional)

Subregión y país	Población menor de un año	Cobertura de vacunación (%) DPT 3a dosis	Antipoliomielítica 3a dosis	Antisarampionosa	BCG
América del Norte					
Bermuda	800	40	41	42	...
Canadá	403000	...	...	...	...
Estados Unidos de América	3700000	...	...	...	...
Caribe					
Anguila	200	69	73	72	75
Antigua y Barbuda	2100	94	92	73	...
Bahamas[c]	6200	62	62	62	...
Barbados	4600	83	77	84	...
Islas Vírgenes Británicas	300	85	85	89	...
Islas Caimán[c]	600	90	90	75	64
Cuba[a,b]	168000	88	99	80	91
Dominica	2500	84	82	85	84
Rep. Dominicana	197000	20	99	19	43
Grenada	4000	76	75	31	...
Haití	200000	12	12	13	58
Jamaica	59000	57	56	60	48
Monserrat	300	84	82	...	81
San Cristóbal-Nieves	1800	97	97	85	...
Santa Lucía	4300	83	84	60	80
San Vicente y las Granadinas	3500	86	90	92	32
Trinidad y Tabago	23000	65	66	10	...
Islas Turcas y Caicos	170	60	70	44	99
Mesoamérica Continental					
Belice	5700	54	54	44	82
Costa Rica[c]	68000	82	81	83	...
El Salvador[a]	200000	44	44	41	21
Guatemala[a]	294000	54	53	27	37
Honduras	169000	48	84	51	47
México	2622000	26	91	30	24
Nicaragua	133000	32	73	30	24
Panamá[b]	60000	70	70	72	79
América del Sur tropical					
Bolivia[b]	243000	24	56	17	24
Brasil[a]	3845000	67	99	80	79
Colombia	798000	60	60	52	67
Ecuador	347000	36	36	40	79
Guyana[c]	25000	43	41	33	49
Paraguay	122000	58	59	53	70
Perú	672000	26	26	32	59
Surname[b,c]	11000	80	79	83	...
Venezuela[b]	557000	27	59	25	23
América del Sur templada					
Argentina[b]	602000	66	64	90	72
Chile	285000	84	86	77	87
Uruguay	57000	57	83	17	...
TOTAL d		49	78	53	57

a) 2a dosis solamente.
b) Cobertura proyectada.
c) Cobertura antisarampionosa correspondiente a niños menores de un año.
d) Se incluyen solo países con datos disponibles.
... No se dispone de información.

FIGURA 1

INCIDENCIA DE CINCO ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION, REGION DE LAS AMERICAS,* 1970-1984



*Excluidos Bermuda, Canadá y Estados Unidos de América

Datos provisionales sobre sarampión, tos ferina, difteria y tétanos correspondientes a 1984.

Cuadro 2: Coberturas de vacunación (%) en 1983 en comparación con las metas de cobertura de niños menores de 1 año establecidas para 1985 en la reunión de 1984 de administradores del PAI de 20 países de América Latina

País	DPT-3		Antipolio-mielítica-3		Anti-sarampionosa		BCG	
	1983	Metas para 1985	1983	Metas para 1985	1983	Metas para 1985	1983	Metas para 1985
Argentina	65	70	94	90	62	80	64	85
Bolivia	7	60	11[a]	85	14	60	30	70
Brasil	49	80	99[b,c]	95	52	95	56	75
Chile	70	90	63	90	99	95	85	95
Colombia	41	80	42	80	42	80	78	85
Costa Rica	56	85	54	85	73[d]	95	...	95
Cuba	91[e]	95	93[c]	95	71	95	91[e]	98
Rep. Dominicana	24	70	22	90	23	60	41	60
Ecuador	23[e]	60	27[e]	60	28[e]	60	64[e]	80
El Salvador	45[c,e]	85	41[c,e]	85	47[d]	85	49[e]	85
Guatemala	44[c]	55	44[c]	55	12	40	25	45
Haití	...	55	...	55	...	55	...	65
Honduras	70	80	68	80	66	85	74	85
México	30	80	85	80	85[d]	80	...	80
Nicaragua	24	70	29[a]	80	23	80	89	90
Panamá	61	80	60	80	60	80	81	85
Paraguay	38	80/40[f]	47	80/40[f]	37	80/40[f]	54	80/40[f]
Perú	20[e]	30	19[e]	35	27	43	58[e]	62
Uruguay	70	85	74[c]	90	62	95	95	95
Venezuela	49	65	67	80	42	60	48	80

a) No incluye campañas nacionales contra la poliomielitis.
b) El número notificado de dosis fue superior a la población beneficiaria estimada.
c) Segunda dosis.
d) 1 año de edad.
e) Projecciones.
f) Metas dobles: zonas urbanas/rurales.

... No se dispone de información.

la mitad de los países de América Latina declararon niveles de cobertura del 50% o más con vacunas DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa y una fracción mucho más pequeña declaró coberturas del 70% o más. La cobertura de la vacuna BCG fue generalmente más alta, pues 10 países notificaron coberturas de más del 50% y 6 de dichos países declararon coberturas superiores al 70%. En la Figura 2 se muestra el progreso alcanzado en el incremento de las coberturas de la inmunización desde 1978 hasta 1983 en función de la proporción de niños menores de 1 año residentes en zonas con coberturas notificadas del 50 y el 70%, y el mejoramiento notable que se obtendría si todos los países lograran alcanzar las metas de cobertura establecidas para 1985.

2.2.2 Caribe

En el Cuadro 3 figuran las metas de cobertura de inmunización completa para 1985 de niños menores de 1 año con vacunas DPT, antipoliomielítica, BCG y antisarampionosa, junto con las coberturas notificadas en 1983 por cada uno de los países asistentes a la reunión de Port of Spain.

Desde 1980 los 19 países atendidos por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) han enviado, sin excepción, informes acerca de la cobertura de la inmunización. Los 19 países administran sistemáticamente vacunas DPT y antipoliomielítica, y casi todos ellos notifican coberturas del orden del 60-90%.

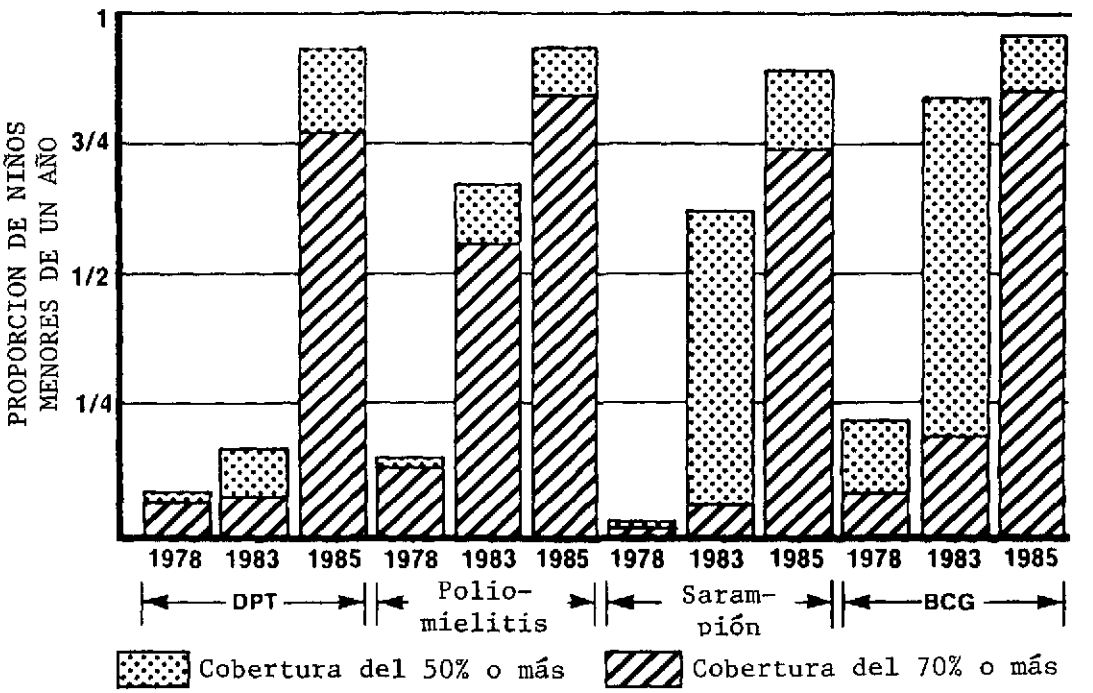
En la mayoría de los programas nacionales se introdujo más recientemente la inmunización con vacunas BCG y antisarampionosa. Al finalizar 1984, 11 países administraban vacuna BCG, y 17 vacunas antisarampionosa. Por ese motivo la cobertura de dichas vacunas tiende a ser más baja.

La cobertura de la inmunización ha mejorado en general de 1980 a 1984, especialmente en los 12 países más pequeños de la subregión con menos de 130.000 habitantes (en orden de tamaño ascendente de la población: Anguila, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Islas Caimán, San Cristóbal-Nieves, Bermuda, Antigua y Barbuda, Dominica, Grenada, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía). En siete de los países más grandes (Belice, Bahamas, Barbados, Guyana, Suriname, Trinidad y Tabago y Jamaica) también se ha mejorado la cobertura, pero ninguno de ellos ha alcanzado todavía niveles superiores al 85% con ninguna de las vacunas.

Si todos los países alcanzan las metas establecidas para 1985, la cobertura de la inmunización con vacunas DPT y antipoliomielítica oscilará entre el 60 y el 100%, y casi todos los países tendrán coberturas superiores al 80%. En cuanto al sarampión, las metas para 1985 buscan una cobertura del 50 al 95%; en lo referente a la vacuna BCG, se persigue una cobertura del 70 al 99%.

FIGURA 2

PROPORCION DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE AMERICA LATINA EN PAISES DONDE LA COBERTURA DE INMUNIZACION ES DEL 50 ó 70% COMO MINIMO. 1978 Y 1983 (COBERTURA NOTIFICADA) Y 1985 (COBERTURA BUSCADA)



Cuadro 3: Coberturas de vacunación (%) de 1983 en comparación con las metas de cobertura de vacunación de niños menores de 1 año establecidas en la reunión de 1983 de los administradores del PAI de 19 países del Caribe.

País	DPT-3		Antipoliomielítica-3		Antisarampionosa		BCG	
	Metas para		Metas para		Metas para		Metas para	
	1983	1985	1983	1985	1983	1985	1983	1985
Anguila	97	95	99	95	70	95	96	95
Antigua y Barbuda	99	90	99	90	48	a	b	a
Bahamas	65	80	65	80	66	80	b	a
Barbados	69	75	62	75	55	65	c	a
Belice	59	60	61	60	43	50	81	75
Bermuda	53	a,d	53	a,d	60[e]	a,d	b	a,d
Islas Vírgenes Británicas	90	95	75	95	83	95	b	a
Islas Caimán	89	95	90	95	87[e,f]	95[e,f]	69	95[g]
Dominica	93	a	92	a	63	a	99	a
Grenada	68	85	72	85	7	80	b	a
Guyana	56	75	59	75	44[g]	85[g]	73	85
Jamaica	...	65	...	70	...	60	...	70
Monserrat	95	94	95	86	83[e]	51[e]	91	99[h]
Santa Lucía	81	99	80	99	36	a	69	a
San Cristóbal-Nieves	90	90	91	90	b	80	c	75[i]
San Vicente y las Granadinas	80	95	84	90	59	75[i]	b	85
Suriname	85	90	83	90	71[j]	90[k]	b	a
Trinidad y Tabago	60	80	61	80	b	a	b	a
Islas Turcas y Caicos	70	a,d	7	a,d	80	a,d	98	a,d

a) No se ha establecido la meta de la cobertura de inmunización para 1985.
b) Vacuna no incluida en el programa nacional de 1983.
c) Menores de 5 años.
d) No asistió a la reunión de Trinidad.
e) Se utilizó la vacuna MMR (vacuna antisarampionosa-antiparotídea-antirrubeólica).
f) Mayores de 15 meses.
g) 1 año.
h) 0-5 años.
i) Menores de 2 años.
j) 12-35 meses.
k) 1-3 años.
... No se dispone de información.

Fuente: CAREC, 1983.

2.3 Estado de las actividades relacionadas con el PAI

2.3.1 Capacitación

En el período transcurrido desde que se iniciaran las actividades del PAI, desde principios de 1979 hasta fines de 1984, se estima que al menos 15.000 trabajadores de la salud asistieron a los talleres del PAI. Además, se distribuyeron en la Región más de 12.000 módulos de capacitación del PAI, ya sea en forma directa por el programa del PAI o a través del Programa de Libros de Texto de la OPS.

En 1983 y 1984, el Punto Focal Regional de la Cadena de Frío establecido por la OPS en colaboración con la Universidad del Valle en Cali, Colombia, realizó talleres especiales de capacitación sobre el mantenimiento y reparación del equipo de la cadena de frío en Bolivia, Colombia y Nicaragua. Treinta técnicos más recibieron capacitación en Brasil. Desde septiembre de 1984 se han capacitado en la Región más de 150 técnicos. El UNICEF y la OPS patrocinaron el primer curso subregional realizado en Guatemala para impartir adiestramiento a supervisores de la cadena de frío, al cual asistieron 20 participantes de Centroamérica y Panamá.

Las actividades de capacitación de escuelas de salud pública desarrolladas por el PAI en la Región se examinaron en una reunión realizada en Washington, D.C. a fines de 1983. Se señaló que desde la primera reunión con dichas instituciones en 1980, todas se hallan sumamente motivadas a continuar las actividades de capacitación del PAI y están utilizando material educativo del PAI adaptado de acuerdo con las necesidades de los países. Se produjo nuevo material, particularmente en materia de vigilancia de enfermedades del PAI, en la Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro, Brasil, mediante un acuerdo con la OPS, dictándose en ese país cinco cursos nacionales. También asistieron a esos cursos participantes de Bolivia y Perú.

Recientemente se llegó a un acuerdo similar con la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, Argentina, para producir material didáctico sobre problemas de las investigaciones operativas sobre inmunización.

2.3.2 Producción y control de la calidad de vacunas

2.3.2.1. Producción de vacunas

La producción nacional de vacunas difiere considerablemente según de qué subregión de las Américas se trate. América del Norte, Canadá, Estados Unidos de América y México tienen la capacidad de producir todas las vacunas del PAI y los primeros dos países son autosuficientes. Centroamérica y el Caribe, a excepción de Cuba, no disponen de instalaciones para la producción de vacunas. En América del Sur, algunos de los países disponen de capacidad para la producción.

En conjunto, 11 países de las Américas pueden producir vacunas bacterianas como DPT, DT y BCG (Cuadro 4). La capacidad de producción de esos países es de unos 60 millones de dosis, pero en su mayoría no producen el total de la capacidad.

Cuadro 4: Países productores de vacunas bacterianas en América Latina, 1984

Vacuna	Tipo	País	Laboratorio	Cepa
BCG	Liofilizada	Argentina	Córdoba	París 1173
		Brasil	A. Paiva	Moreau
		Cuba	C. Finlay	Moreau
		México	Inst. Nacional de Higiene	Copen. 1331
	Líquida	Ecuador	Inst. Nacional de Higiene, Guayaquil	Gottemburg
		Uruguay	Lab. Calmette	París 1173
DPT	Cultivo sumergido	Brasil	Butantan	
		Venezuela	Instituto Nacional de Higiene	
		México	Instituto Nacional de Higiene	
		Chile	Instituto de Salud Pública	
Tétanos	Cultivo sumergido	Brasil	Butantan	
		México	Instituto Nacional de Higiene	
DPT	Convencional	Argentina	Instituto Malbran	
		Ecuador	Instituto Nacional de Higiene	
		Perú	Instituto Nacional de Salud	
		Cuba	Carlos Finlay	
		Brasil	Butantan, Fiocruz	
		Chile	Instituto de Salud Pública	
		Colombia	Instituto Nacional de Salud	
		Perú	Instituto Nacional de Salud	
		Venezuela	Instituto Nacional de Higiene	

Actualmente solo dos países producen vacunas víricas en América Latina: Brasil y México. Ambos países producen vacuna antisarampionosa. Cuba se halla en el proceso de desarrollar su capacidad de producción de vacuna antisarampionosa con apoyo de la OPS y el PNUD (Cuadro 5). México es el único país que ha desarrollado su capacidad de producción de vacuna antipoliomielítica oral. Como ocurre con las vacunas bacterianas, la capacidad de producción es superior a lo que realmente se produce.

Cuadro 5: Países productores de vacunas víricas en América Latina, 1984

Vacuna	País	Laboratorio	Cepa	Tipo	Producción anual*
Antipolio-mielítica (oral)	México	Inst. Nacional de Virología	Sabin	1	6
Antisaram-pionosa	Brasil	Bio Manguinhos	CAM-70		9
	Cuba	C. Finlay	Leningrad	16	En desarrollo
	México	Inst. Nacional de Virología	Edmonston-Zagreb		5

* Millones de dosis

Se estima que hacia 1990 habrá en América Latina y el Caribe aproximadamente 15 millones de recién nacidos y 18 millones de mujeres embarazadas que necesitarán vacunarse. Para proporcionar a estos grupos de población una cobertura del 100%, se estima que se necesitarán 71 millones de dosis de vacunas víricas y 135 millones de dosis de vacunas bacterianas (Cuadro 6).

Cuadro 6: Vacunas del PAI en América Latina y necesidades estimadas para la capacidad de producción en 1990 (en millones de dosis)

Vacunas	Necesidades estimadas 1990 (*)	Capacidad de producción (1984)	
		Nominal	Real
Antipoliomielítica	53	30	10
Antisarampionosa	18	24	14
DPT	58,5	33	14
TT[a]	46,8	32	14
BCG	30	34	26

(*) 15 millones de niños menores de un año estimados, más 20% de desperdicio.
a) 18 millones de mujeres embarazadas estimadas para 1990.

En su mayoría los productores enfrentan diversos problemas que les impiden alcanzar una producción uniforme de vacunas de buena calidad en cantidad suficiente. Como resultado, la disponibilidad de vacunas de buena calidad a nivel nacional es limitada y las vacunas producidas localmente son más caras que las importadas.

Los obstáculos mayores que se oponen al logro de la meta de autosuficiencia regional en la producción de vacunas se relacionan con la falta de recursos financieros donde la producción de vacunas no ocupa un alto orden de prioridad en la lista de prioridades nacionales de inversión; como consecuencia, es difícil mantener personal de alta calidad en el campo de la producción de vacunas. Otros factores restrictivos están relacionados con la adquisición y mantenimiento de equipo costoso necesario para la producción de vacunas, y una falta de procedimientos administrativos modernos. Existe necesidad de un sistema de control administrativo dotado de mayor flexibilidad operativa, facilidades para la importación de los suministros necesarios, incentivos para los profesionales, recursos para realizar investigaciones aplicadas y desarrollo de tecnologías para el mejoramiento de la producción.

Otros de los obstáculos en la producción de vacunas es la falta de coordinación entre los productores y los usuarios a nivel ministerial con respecto a la programación de las necesidades de producción. Esto obliga a las autoridades nacionales a determinar las necesidades de vacuna con amplia anticipación y a asignar fondos adecuados a los laboratorios nacionales a fin de iniciar los trámites de importación de suministros indispensables. La producción de sustancias biológicas requiere un tiempo de preparación que en el caso de la vacuna antipoliomielítica es de 10-18 meses desde la adquisición de los monos hasta el llenado de las ampollas.

2.3.2.2 Control de la calidad

Otros de los impedimentos que obstaculizan la producción de vacunas que satisfagan los requerimientos establecidos por la OMS están relacionados con las deficiencias del control de la calidad en los laboratorios. El control de la calidad es deficiente en cuanto a los procedimientos de inspección y en lo relativo a la verificación de los costos relativamente altos. Contribuyen a aumentar las deficiencias del control de la calidad, la escasez de animales y de los reactivos necesarios para los ensayos biológicos. Es menester establecer colonias de animales a fin de realizar las pruebas necesarias con el mínimo de variaciones biológicas. Además existe necesidad de contar con reactivos estandarizados a fin de evaluar la potencia de la vacuna y realizar ensayos reproducibles. Actualmente la OPS ayuda a los países a adquirir reactivos procedentes de fuentes regionales e internacionales.

La OPS proporciona un control estricto de las vacunas adquiridas mediante el Fondo Rotatorio del PAI. El control comienza con la selección del proveedor. En los laboratorios se inspeccionan los procedimientos de fabricación y el control de los productos. Se controla la potencia de las vacunas en el punto de entrega y en las instalaciones nacionales de almacenaje. Para colaborar en la vigilancia de la potencia de las vacunas, se desarrolló una red de laboratorios de salud pública encargados de comprobar la potencia de la vacuna antipoliomielítica. Dicha red se divide en tres niveles coordinados por la Unidad de Productos Biológicos de la OPS. A nivel nacional, 11 países efectúan titulaciones de vacunas (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, México, Perú y Venezuela). A nivel subregional, el Laboratorio Nacional de Referencia y el Instituto Nacional de Virología de México colaboran en el desarrollo de laboratorios a nivel nacional mediante la capacitación de personal. A nivel regional, el control de la calidad de los laboratorios nacionales y subregionales se realiza mediante la verificación de la potencia de vacunas por parte de la Oficina de Productos Biológicos, Investigaciones y Examen del Centro Nacional de Medicamentos y Productos Biológicos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América. En la Sede de la OPS se coordinan todas las operaciones relativas al control de la calidad. Además, a fin de mantener un alto nivel de la calidad, en 1985 se instituirá un sistema externo para controlar la red de laboratorios.

2.3.3 La cadena de frío

Casi todos los países han realizado notables progresos en lo que respecta al mejoramiento y la ampliación de la cadena de frío, aunque se han detectado fallas en la cadena de frío a través de las investigaciones de vacunas malogradas. En la mayoría de los programas se continúan adquiriendo nuevos congeladores, refrigeradores, cajas frías y termómetros y se continúa impartiendo capacitación a los técnicos para la reparación y mantenimiento del equipo de la cadena de frío. Varios países han experimentado problemas en la obtención de herramientas y piezas de repuesto en cantidad adecuada para mantener el equipo en funcionamiento. Unos pocos países están probando equipos de refrigeración con energía solar y han programado actividades relacionadas con esta nueva tecnología.

El Punto Focal Regional de la cadena de frío del PAI en Cali, Colombia, continúa proporcionando servicios destinados a probar e identificar equipos apropiados para el almacenamiento y transporte de vcunas. Se pone cada vez más énfasis en las evaluaciones del equipo de refrigeración con energía solar. El Departamento de Ciencias Térmicas de la Universidad del Valle ha sometido a prueba tres refrigeradoras solares de diferentes fuentes de enfriamiento para determinar su eficiencia con vistas a su posible utilización en el programa. Hasta ahora, los motores tradicionales que funcionan con compresor han demostrado ser más seguros.

Se halla ya listo para la producción un recipiente de 0,5 litros para vacunas. Utilizarán el recipiente los establecimientos de salud y los vacunadores que trabajan en zonas urbanas; el frío se mantiene durante 28 horas a temperatura ambiente de 43°C y durante 37,5 horas a una temperatura de 32°C. Todavía se están buscando fondos para producir una cantidad limitada de recipientes.

El punto focal de la cadena de frío está en posición de ofrecer cooperación técnica en las áreas siguientes: asesoramiento técnico sobre el tamaño de los sistemas de refrigeración con energía solar, y asistencia en la instalación; provisión de moldes de paquetes fríos de dos tamaños diferentes y asistencia en la producción de los paquetes fríos; provisión de capacitación y el material necesario para la inspección y reparación de refrigeradores domésticos; asesoramiento técnico sobre el diseño y la construcción de cuartos fríos para el almacenamiento de vacunas; y asesoramiento técnico sobre la adaptación y conversión de equipos para su uso en la cadena de frío.

2.3.4 Fondo Rotatorio para la adquisición de vacunas

Durante los seis años que estuvo en operación, el Fondo Rotatorio del PAI encargó vacunas por un valor superior a los EUA$19 millones (Cuadro 7).

Cuadro 7: Valor en dólares de las vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio del PAI, 1979-1985

Año	Valor (en EUA$ - FAB
1979	2.259.064
1980	3.250.178
1981	4.303.246
1982	4.209.548
1983	2.763.235
1984	2.342.473
1985	2.749.444 (proyectados)
Total	21.877.188

El Fondo Rotatorio de la OPS (para la compra de vacunas y suministros relacionados) recibió fuerte apoyo de los Estados Unidos de América mediante el aporte de EUA$1.686.000 para ayudara a capitalizar el Fondo. Dicha contribución, junto con la del UNICEF por valor de EUA$500.000 en 1983, elevó el nivel de capitalización a EUA$4.531.112. En vista de la crisis económica que atraviesan muchos países de la Región, las compras del Fondo Rotatorio han ayudado a controlar los costos de las vacunas durante un período de rápida inflación. En el Cuadro 8 se presenta el número de dosis de cada una de las cinco vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio durante el período de 1979-1984 y las compras estimadas para 1985. Durante esos seis años la cantidad de vacunas adquiridas aumentó en forma apreciable.

Todos los países reciben cantidades adecuadas de vacunas para cubrir los grupos de población a los que están destinadas, y en su gran mayoría las obtienen a través del Fondo Rotatorio del PAI. Las tensiones de la crisis económica son fáciles de observar, ya que muchos países comienzan a tener dificultades en disponer de moneda local para pagar los pedidos del Fondo.

Cuadro 8: Compras de vacunas con el Fondo Rotatorio del PAI, en dosis, 1979-1985 (en millones de dosis)

Año	DPT	Antipolio-mielítica	Antisa-rampionosa	BCG	Toxoide tetánico
1979	9,2	17,0	5,5	6,2	1,6
1980	11,0	17,4	4,7	7,5	3,1
1981	18,3	24,6	5,4	10,4	6,0
1982	14,9	22,1	5,4	12,2	8,2
1983	12,3	26,2	6,7	11,4	6,9
1984	18,6	26,0	6,7	9,5	5,8
1985*	11,4	22,9	8,3	5,9	8,9

* Dosis estimada

2.3.5 Evaluación

La labor de la mayoría de los países está siendo encaminada hacia el incremento de las coberturas de inmunización, sobre todo en lo que atañe a los grupos de población que corren más riesgo, es decir, los niños menores de un año y las mujeres embarazadas. A fin de evaluar los programas, la OPS ha elaborado y ensayado una metodología multidisciplinaria integrada. Dicha metodología se basa en la participación de un equipo multidisciplinario, con la intervención conjunta de varias unidades del Ministerio de Salud que trabajan en colaboración durante dos semanas. Los análisis efectuados y las recomendaciones generadas se refieren a los siguientes componentes del programa: programación, estrategias, supervisión, suministro de vacunas y logística de la cadena de frío, promoción y participación comunitaria, coordinación intra- e interinstitucional, capacitación, sistemas de información y financiamiento. Se prepara luego un plan de trabajo detallado para el año siguiente en el que se identifican todas las actividades recomendadas y la unidad que dentro del Ministerio de Salud está encargada de llevarlas a cabo, así como la cooperación internacional que se necesita.

Desde noviembre de 1980, 18 países han realizado evaluaciones completas del PAI. Seis países han realizado además evaluaciones complementarias (Cuadro 9) a fin de verificar la aplicación de las recomendaciones presentadas a raíz de la primera evaluación.

Cuadro 9: Evaluaciones del PAI en la Región de las Américas, 1980-1985

1980	1981	1982	1983	1984	1985*
1. Colombia		Colombia		Colombia	
2. Bolivia			Bolivia		Bolivia
3.	Argentina				Argentina
4.	Cuba				
5.	Ecuador	Ecuador			Ecuador
6.		Perú			Perú
7.		Rep. Dominicana		Rep. Dominicana	
8.		Honduras		Honduras	
9.		Uruguay		Uruguay	
10.			Guatemala		Guatemala
11.			Nicaragua		Nicaragua
12.			Jamaica		
13.			Brasil		
14.				Belice	
15.				Chile	
16.				El Salvador	
17.				Venezuela	
18.				Panamá	
19.					Paraguay
20.					México
21.					Haití
22.					Suriname

* Evaluaciones programadas

Diez países proyectan evaluar sus programas nacionales en 1985, cuatro de ellos por primera vez (México, Paraguay, Haití y Suriname).

Las evaluaciones han demostrado que la declinación general de la incidencia de enfermedades se debe al progreso alcanzado en los programas de inmunización de cada uno de los países. Aunque los programas se hallan en diferentes etapas de desarrollo, puede decirse en general que se han logrado avances importantes en las siguientes áreas: suministros de vacunas, extensión de la cadena de frío, selección de estrategias eficaces de vacunación adaptadas a necesidades especiales, capacitación, evaluación y participación de la comunidad. En su mayoría los países enfrentan todavía apreciables dificultades en las áreas de supervisión y de sistemas de información--sobre todo en lo referente a la vigilancia epidemiológica.

Un importante adelanto en la mayoría de los programas de los países ha sido la identificación de combinaciones apropiadas de estrategias de vacunación para satisfacer las necesidades específicas de los países. Además de la vacunación en centros fijos de salud, dichas estrategias incluyen la vacunación llevada a cabo casa por casa en zonas urbanas, las minicampañas en zonas rurales, los días de inmunización nacional con ciertas vacunas (antipoliomielítica, DPT, antisarampionosa), y brigadas móviles para llegar a zonas apartadas. Numerosos países han aprobado ya legislación que hace obligatoria la vacunación, y otros están empeñados en lograr que se apruebe dicha legislación en el futuro próximo.

En las evaluaciones se ha reconocido la importancia de la participación comunitaria y de los medios de difusión para el éxito de los programas de inmunización. Las actividades realizadas en estos ados campos pueden dividirse en dos áreas generales: el uso de los medios de difusión (radio, prensa y televisión) para educar y motivar a la comunidad; y el uso de las organizaciones comunitarias a fin de fomentar la prestación de servicios de inmunización, y en algunos países tomar parte activa en dichas tareas. Varios países se valen de organizaciones comunitarias ya existentes como cooperativas agropecuarias, comités de vecinos y grupos de prestación voluntaria de servicios, mientras otros imparten adiestramiento a los dirigentes comunitarios a fin de identificar a los individuos de la población beneficiaria, programar citas para la vacunación y determinar quiénes no se han presentado a las citas.

En muchos de los países se insiste cada vez más en la importancia de la supervisión. Las visitas de supervisión, a menos que se hayan programado para que se realicen en forma permanente, suelen hacerse solo en forma esporádica, en respuesta a problemas que han alcanzado un punto crítico. Para superar esta dificultad, aproximadamente tres cuartos de los países proyectan realiar actividades como las siguientes: programación de un número mínimo aceptable de visitas de supervisión a cada nivel del sistema de salud; adquisición de vehículos adicionales; presupuestación de más dinero para pagar los viáticos del personal supervisor; dictado de cursos de capacitación para supervisores, y publicación y distribución de normas de supervisión.

Los sistemas de información constituyen un componente crítico de las actividades del PAI. Tanto la vigilancia epidemiológica como los sistemas de información acerca de las actividades de inmunización son áreas que reciben cada vez más atención en la mayoría de los países. Casi todos los países evaluados (generalmente los que tienen programas relativamente más avanzados) tienen programadas actividades específicas para abordar las necesidades del sistema de información tales como: encuestas para determinar los niveles de cobertura de la población a la que se destina el programa; sistemas de información telefónica semanal; aplicación de sistemas de monitoría de las reacciones siguientes a la vacunación, e inclusión de sistemas de vigilancia de laboratorios. Se reconoce que una vigilancia epidemiológica efectiva depende del grado de dedicación que se ponga en la reducción de enfermedades a niveles de país y regional.

2.3.6 Diseminación de información

Otro elemento clave del desarrollo de programas es la diseminación de información en todos los niveles. El vehículo principal de dicha información ha sido el Boletín Informativo del PAI, publicación bimestral de la OPS que se distribuye a los trabajadores de salud de todos los niveles de atención de la salud. Este boletín publica información sobre el desarrollo de programas en los diversos países, así como artículos sobre la epidemiología de las enfermedades del PAI. También incluye información sobre las nuevas tecnologías existentes en todos los aspectos del programa. Más de 10.000 trabajadores de salud reciben esta publicación, que se distribuye en inglés y en español.

Periódicamente, la OPS también distribuye otro material informativo como resúmenes de artículos relativos a las enfermedades y vacunas del PAI, auxiliares didácticos para la vigilancia de enfermedades y rotafolios para ayudar a impartir capacitación en las normas de la logística y el mantenimiento de la cadena de frío a los trabajadores de la salud.

En 1983 se publicó y distribuyó la Publicación Científica de la OPS No. 451, titulada "Avances Recientes en Inmunización: Una Revisión Bibliográfica" (en inglés y español), en la que se reseña en forma completa la literatura científica relacionada con las vacunas del PAI. Esta publicación cubre la amplia variedad de preguntas que suelen formularse acerca de las vacunas del PAI y los esquemas de vacunación, y define los conocimientos actuales y sus implicaciones para el PAI. A mediados de 1984 se puso en circulación como parte de las Publicaciones Científicas de la OPS la versión en español del folleto de la Asociación Norteamericana de Salud Pública titulado "Immunizations: Issues for Action". En 1985 se publicarán las versiones en español de las Actas del Simposio Internacional sobre Inmunización Antisarampionosa y las Actas del Simposio Internacional sobre Control de la Poliomielitis.

2.3.7 Cooperación internacional

A raíz de un memorándum de acuerdo firmado por la OPS y UNICEF en 1983, se ha observado en todos los países de la Región una mayor cooperación y participación de UNICEF en apoyo de los programas de inmunización y de la supervivencia de los niños en general.

Otros organismos bilaterales y no gubernamentales como AID/EUA y el "Rotary International" también han incrementado su participación y apoyo en estas actividades. Colaboró con los esfuerzos de estas agencias el "Bellagio Task Force for Child Survival", que dirigió la atención mundial hacia el apoyo de los programas de inmunización.

3. EXAMEN DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS, 1969-1984

Los avances principales del PAI en la Región desde su aplicación en 1978 están claramente ilustrados en un examen de la poliomielitis en el que se aprecia un impacto significativo en la morbilidad. Se trata de un ejemplo excelente de lo que puede lograrse cuando existe dedicación.

3.1 Tendencias de la morbilidad

Durante los 16 años transcurridos entre 1969 y 1984 se registró un total de 53.251 casos de poliomielitis en los 46 países y territorios comprendidos en la Región de las Américas. Esta cifra podría haber sido más alta debido a la insuficiencia de información durante los años de 1970.

Uno de los objetivos del Plan Decenal de Salud de las Américas durante el decenio de 1970 fue reducir la morbilidad por poliomielitis a menos de 0,1 casos por 100.000 habitantes. Suponiendo que un país haya logrado controlar la poliomielitis al transcurrir cinco o más años consecutivos con una incidencia anual de menos de 0,1 casos por 100.000 habitantes (teniendo en cuenta que se han experimentado dos ciclos previstos de epidemia), en 1984 habrán conseguido controlar la enfermedad 26 (56,5%) países (Cuadro 10).

Cuadro 10: Poliomielitis en las Americas: países que notificaron una incidencia de menos de 0,1 por 100.000 habitantes durante cinco o más años.

1984

Anguila	Martinica
Antigua y Barbuda	Monserrat
Bahamas	Panamá
Barbados	Puerto Rico
Bermuda	San Cristóbal-Nieves
Canadá	Santa Lucía
Chile	San Vicente y las Granadinas
Islas Caimán	Trinidad y Tabago
Costa Rica	Islas Turcas y Caicos
Cuba	Estados Unidos de América
Dominica	Uruguay
Guadalupe	Islas Vírgenes (RU)
Grenada	Islas Vírgenes (EUA)

En la Figura 3 se muestra la incidencia anual (por 100.000 habitantes) de poliomielitis paralítica en las Américas durante el período de 1969-1984. En 1984 la incidencia notificada fue, por primera vez, inferior al objetivo establecido para 1979. En la Figura 4 se presenta la incidencia anual notificada de poliomielitis por subregión geográfica de las Américas durante el mismo período. (Se excluyó del gráfico la región de Mesoamérica del Caribe por haberse notificado tasas iguales a cero en 1975, 1976, 1980, 1981, 1983 y 1984 y porque las técnicas de representación gráfica no permiten reprsentarlas). América del Norte, Mesoamérica del Caribe y América del Sur templada han logrado y mantenido el objetivo establecido desde principios de la década de 1970. Por primera vez en 1984, América del Sur tropical notificó tasas menores de 0,1 por 100.000 habitantes.

El PAI fue ratificado en las Américas en 1977, y la aplicación de sus estrategias comenzó en 1978. En el Cuadro 11 figura el promedio de casos de poliomielitis paralítica notificado anualmente (por región geográfica) en dos períodos de tiempo: el primero, de 1969 a 1977 (previo a la aplicación del PAI); y el segundo, de 1978 a 1984 (con posterioridad a la aplicación del PAI) y porcentaje de reducción de casos notificados en el último período. Todas las regiones de las Américas exhiben una disminución de casos notificados de poliomielitis desde que comenzara a aplicarse el PAI.

Más notable aún es evaluar el número de casos notificados en diferentes etapas de la aplicación del PAI: la primera (1978-1980), que representa el período de capacitación y la aplicación inicial; la segunda (1981-1983), que representa la aceleración del programa, y la tercera, 1984, el año de aplicación más reciente (Cuadro 12). Hacia 1983, todas las regiones exhibían reducciones importantes de los casos notificados por año en comparación con los días previos al PAI, desde el 34% en Mesoamérica del Caribe hasta el 91% en América del Sur templada. En conjunto, se experimentó una reducción del 74% en el número de casos notificados en las Américas. En 1984, dos regiones (Mesoamérica del Caribe y América del Sur templada) no notificaron casos de poliomielitis paralítica, lo que representa una reducción del 100% de incidentes de poliomielitis en comparación con la era previa al PAI. América del Sur tropical notificó un 93% de reducción de los casos, y en todas las Américas el número de casos se redujo en un 89%.

Varios países han reducido considerablemente la morbilidad notificada por poliomielitis al extender las coberturas de vacunación. Dichos países son Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Nicaragua, Panamá, la República Dominicana, Uruguay y todos los países de habla inglesa del Caribe. En las secciones que se presentan a continuación sobre Brasil, Colombia, México y Bolivia (3.1.1 - 3.1.3) se presentan algunos ejemplos de la aceleración de las actividades relativas a la inmunización ocurrida en los últimos cuatro años.

FIGURA 3

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA DEBIDA A POLIOMIELITIS
(POR 100.000 HABITANTES) EN LA REGION DE LAS AMERICAS;
1969-1984

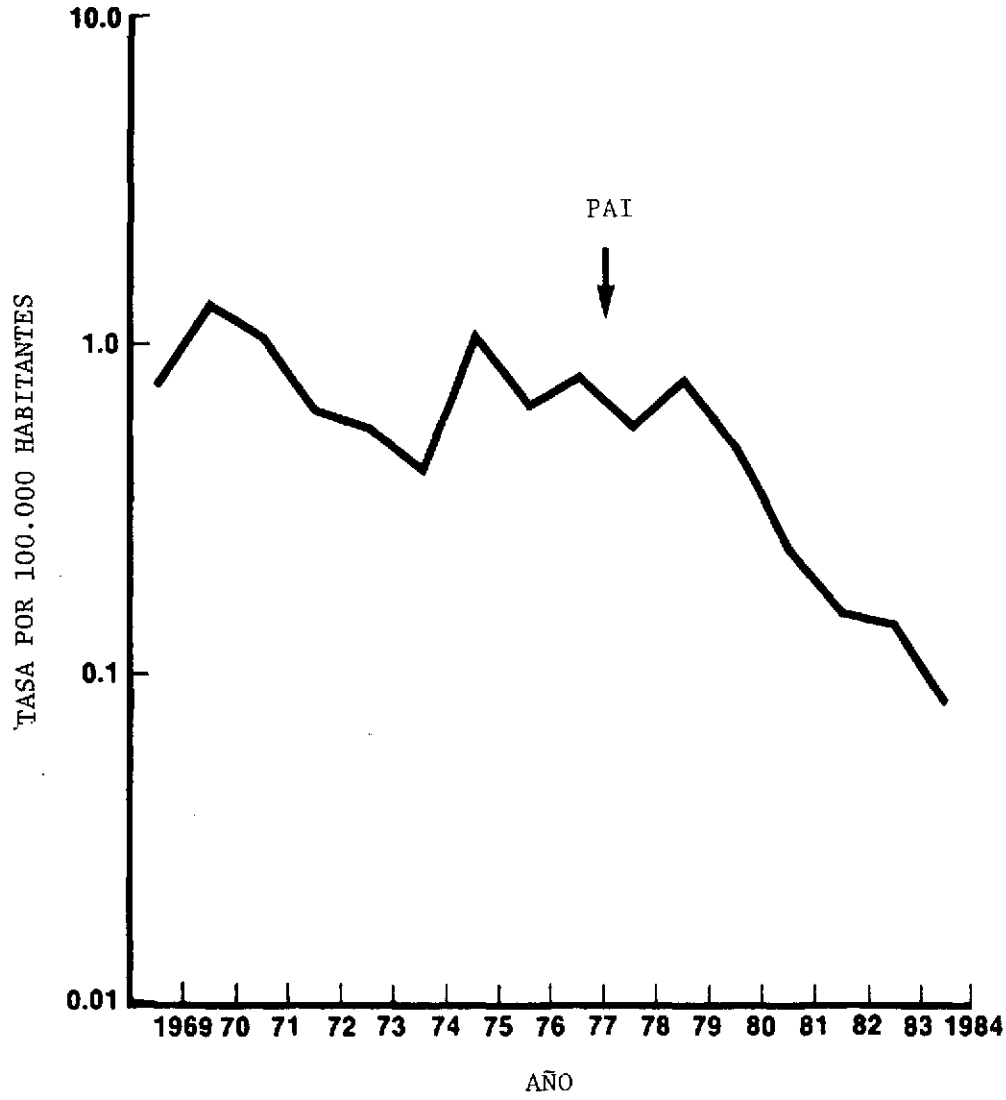
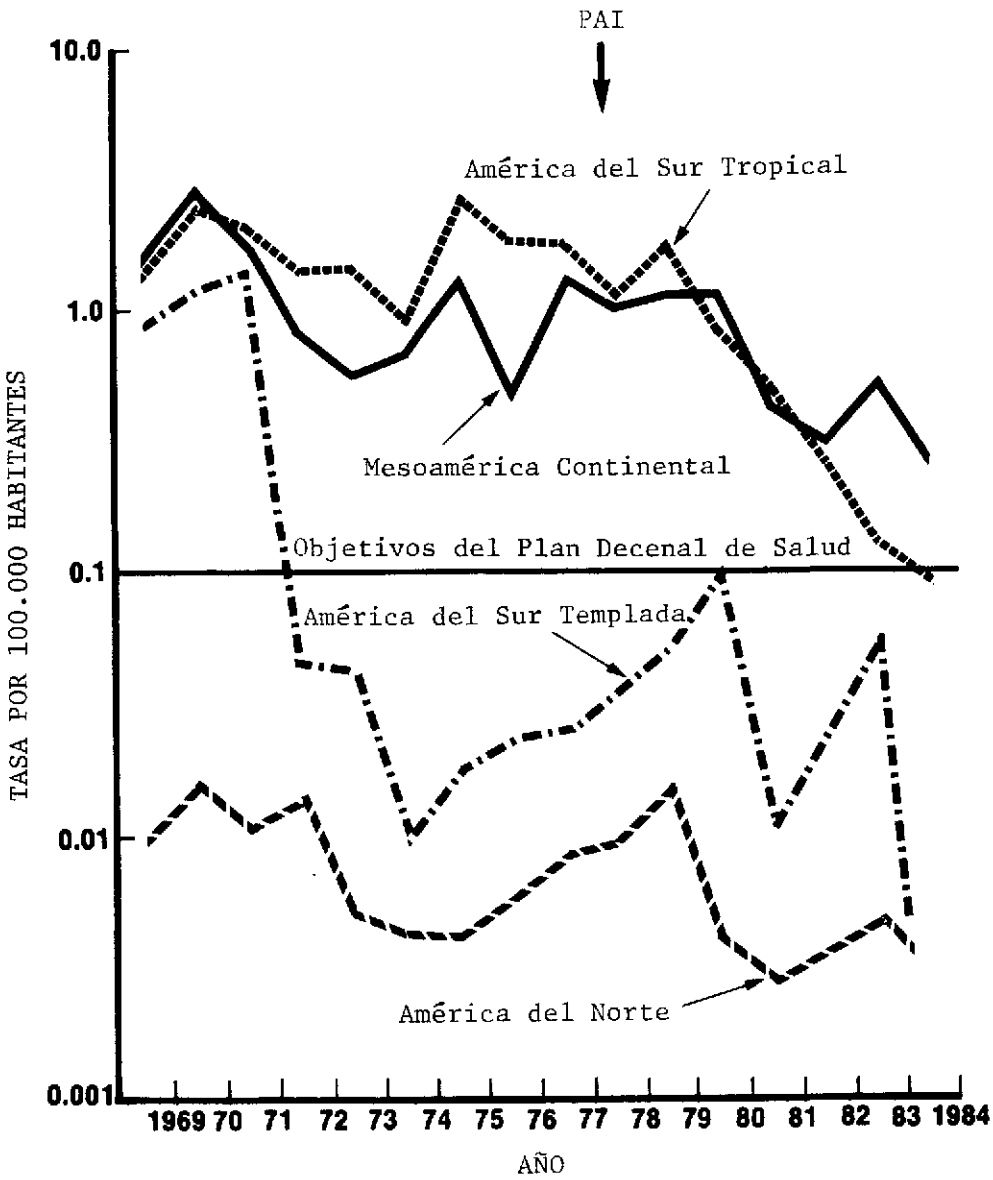


FIGURA 4

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA (POR 100.000 HABITANTES) DEBIDA A POLIOMIELITIS EN LA REGION DE LAS MAERICAS, POR SUBREGION, 1969-1984



Cuadro 11: Promedio de casos de poliomielitis notificados anualmente en las Américas antes y después de la aplicación del PAI y reducción porcentual por región

Región	Antes de la aplicación del PAI 1969-1977	Después de la aplicación del PAI 1978-1984	% de reducción
América del Norte	20	15	25
Mesoamérica			
Continental	1.062	731	31
del Caribe	29	9	69
América del Sur			
Tropical	3.011	1.342	55
Templada	151	15	90
TOTAL	4.274	2.112	50

Cuadro 12: Promedio de casos de poliomielitis notificados anualmente en las Américas por etapas después de la aplicación del PAI, y cambio porcentual con respecto a la época anterior al PAI, por región

	Antes de la aplicación del PAI 1969-1977	Etapa 1 posterior al PAI 1978-1980		Etapa 2 posterior al PAI 1981-1983		Etapa 3 posterior al PAI 1984	
Región	N°	N°	%	N°	%	N°	%
América del Norte	20	23	+15	9	-55	8	-60
Mesoamérica							
Continental	1.062	1.140	+ 7	473	-55	276	-74
del Caribe	29	1	-97	19	-34	0	-100
América del Sur							
Tropical	3.011	2.465	-18	599	-80	205	-93
Templada	151	22	-85	14	-91	0	-100
TOTAL	4.274	3.651	-15	1.115	-74	489	-89

Aunque el número de habitantes de estos cuatro países representa el 37% de la población de las Américas, durante el decenio de 1970 el número de casos notificados representó el 81% de todos los casos declarados en la Región (variando desde el 60% en 1971 hasta el 90% en 1976).

3.1.1 Brasil

El exito logrado por Brasil en el control de la poliomielitis (Figura 5) constituyen una excelente indicación de que, dado el compromiso político y la asignación de recursos apropiados y un enfoque y manejo epidemiológicos correctos, la poliomielitis puede transformarse en una enfermedad controlable.

Durante el decenio de 1970, Brasil notificó 2.000-3.000 casos de poliomielitis por año, admitiéndose la existencia de un problema de subnotificación debido al sistema débil de vigilancia de enfermedades del país. En 1980, luego de reconocerse que la poliomielitis era un problema de salud pública importante, las autoridades se comprometieron a controlarla. A raíz de este compromiso se adoptó una estrategia por la cual se establecieron dos días nacionales de vacunación antipoliomielítica por año, en junio y agosto, durante los cuales se dedicó una gran movilización de recursos a extender la cobertura de la vacunación contra esta enfermedad. Desde que se instituyeran estos días nacionales dedicados a la vacunación antipoliomielítica, la cobertura de la población beneficiaria (niños menores de cinco años) es, según se ha notificado, del 100%, y la incidencia declarada de poliomielitis ha bajado en forma notable--del 2,2 por 100.000 habitantes en 1979, al 0,062 por 100.000 habitantes en 1984 (Figura 6). Se trata de cifras sumamente significativas, sobre todo por hallarse asociadas con un incremento de las actividades de vigilancia, las que incluyen el seguimiento activo de los casos, la búsqueda de otros casos sospechosos y el mayor apoyo prestado por los laboratorios.

FIGURA 5

CASOS DE POLIOMIELITIS POR PERIODOS DE CUATRO SEMANAS
BRAZIL, 1975-1984

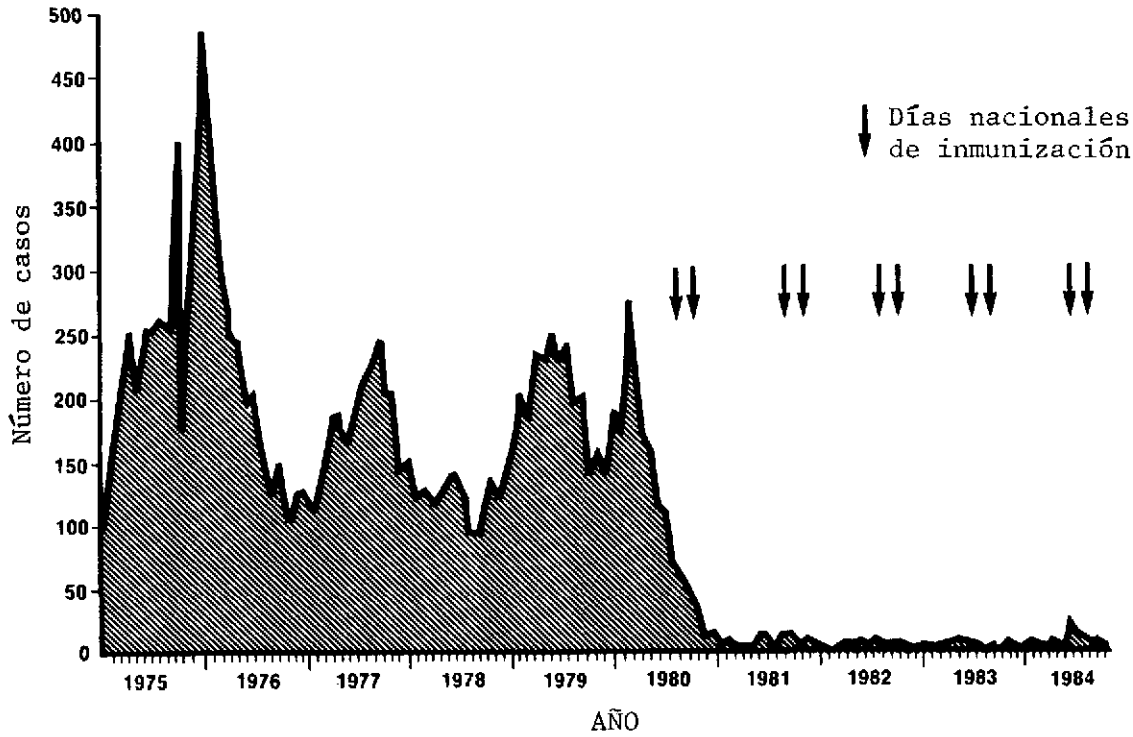
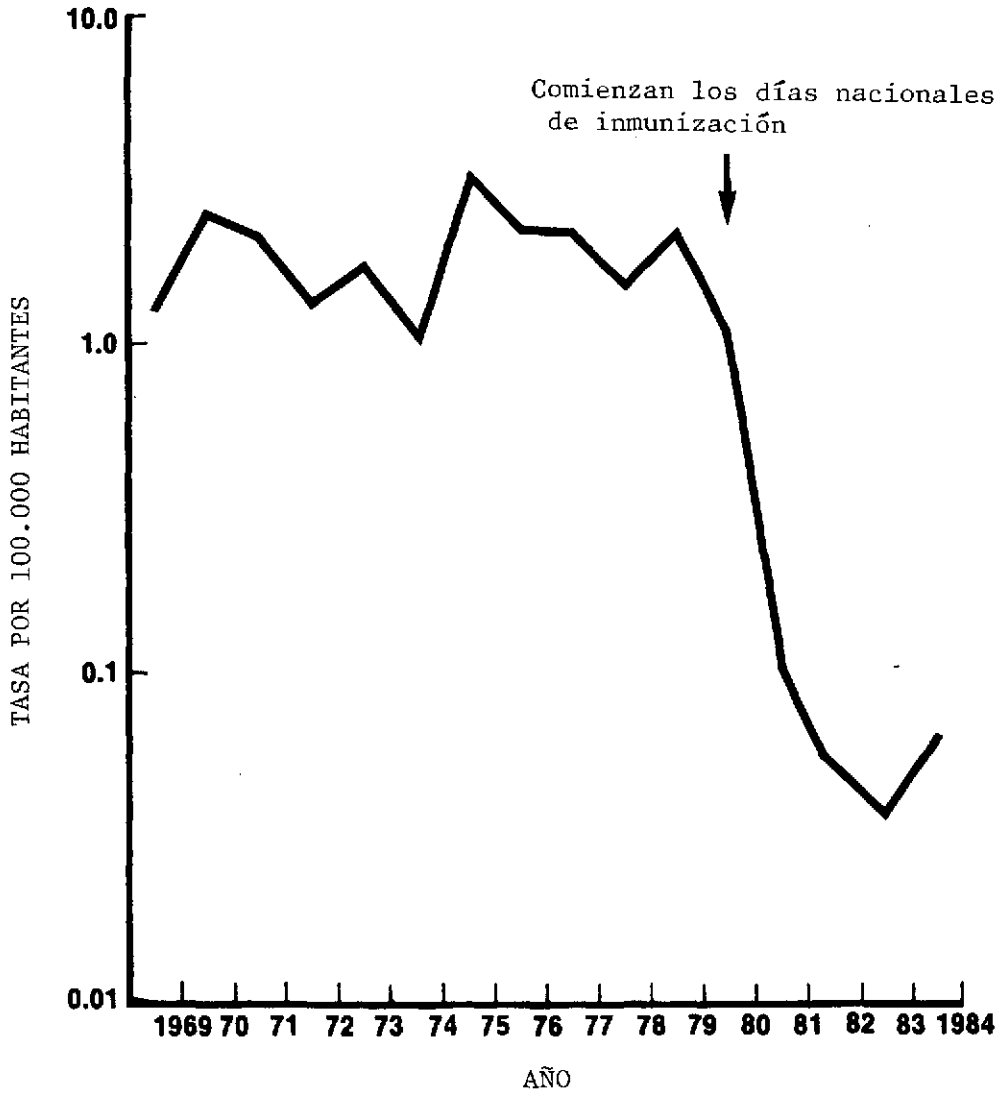


FIGURA 6

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA (POR 100.000 HABITANTES)
DEBIDA A POLIOMIELITIS, BRASIL, 1969-1984



3.1.2 Colombia

En la Figura 7 se presenta la morbilidad anual notificada por poliomielitis en 1969-1984 en Colombia. En este país, las actividades relativas a la inmunización se han incorporado al Sistema Nacional de Salud. En Colombia se desarrollan actividades del PAI desde 1979, con la asistencia técnica de la OPS. Como resultado de la primera evaluación del PAI realizada en 1980, el Ministerio de Salud decidió aplicar una nueva estrategia denominada "canalización" a fin de incrementar las tasas de la cobertura con las vacunas del PAI. En la canalización se utiliza la asistencia de los dirigentes comunitarios para identificar a los niños susceptibles (nunca o incompletamente vacunados) de la comunidad y velar por que se presenten a los centros y puestos de salud a fin de completar la serie de vacunas. Esta nueva estrategia produjo un rápido incremento en las coberturas de la vacunación, que en tres años se elevaron de menos del 17% a aproximadamente 42%.

En 1984 los Días Nacionales de Vacunación se celebraron en junio, julio y agosto, con el fuerte apoyo de la OPS y otros organismos internacionales como el UNICEF y el PNUD que promovieron la movilización en gran escala de todos los sectores de la sociedad. Merced a estos días Nacionales de Inmunización las coberturas se extendieron aún más hasta alcanzar alrededor del 60%. Como resultado de estas nuevas estrategias, se ha reducido apreciablemente la incidencia anual notificada de poliomielitis.

3.1.3. Bolivia y México

En 1980-1981 las coberturas logradas en Bolivia mediante el uso de servicios de salud fijos para la vacunación no superó el 25-30% con la tercera dosis de vacunas DPT y antipoliomielítica. A raíz de la evaluación del PAI en 1982 (en la que se señaló que las causas principales de las bajas coberturas eran la falta de un compromiso político, falta de participación del público, coordinación deficiente del programa con los servicios generales de salud, normas administrativas rígidas y variables, normas técnicas abstractas e información pública deficiente), surgió la estrategia de movilización de la población a través de los comités locales de salud a fin de contribuir a mejorar las coberturas de la vacunación. En la Figura 8 pueden apreciarse los resultados de esta nueva estrategia. En 1984 no se notificaron casos de poliomielitis en Bolivia.

La Figura 9 muestra los efectos de la renovación del compromiso de controlar la poliomielitis que ha tenido lugar desde 1981 en México, donde se volvió a iniciar la vacunación colectiva. Aunque la incidencia notificada no es todavía inferior a 0,1 casos por 100.000 habitantes, se ha experimentado una considerable reducción de los casos notificados desde fines del decenio de 1970. Todavía existe, sin embargo, la necesidad de incrementar más las actividades a fin de lograr el control de la poliomielitis.

FIGURA 7

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA (POR 100.000 HABITANTES)
DEBIDA A POLIOMIELITIS, COLOMBIA, 1969-1984

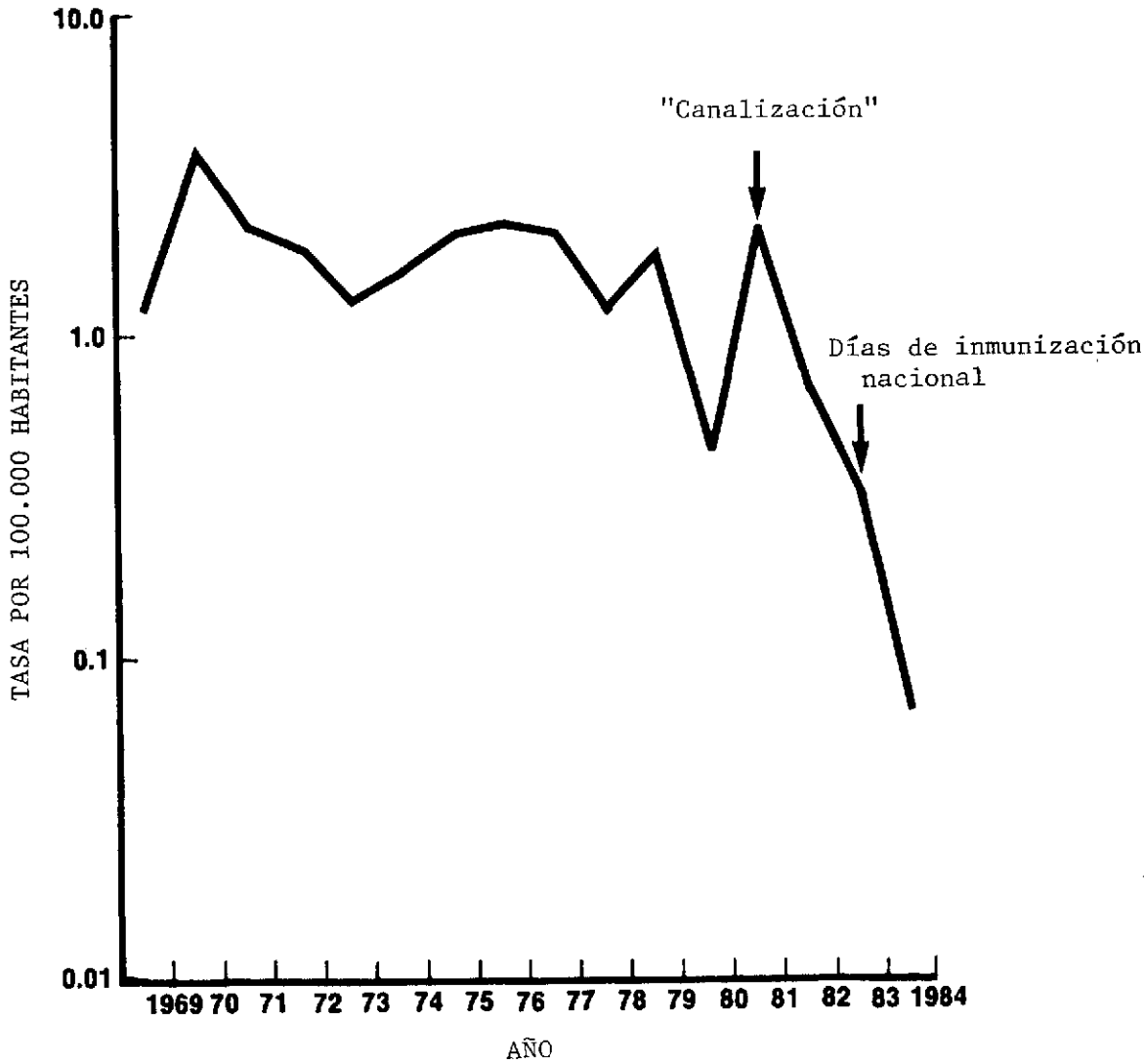


FIGURA 8

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA (POR 100.000 HABITANTES)
DEBIDA A POLIOMIELITIS, BOLIVIA, 1969-1984

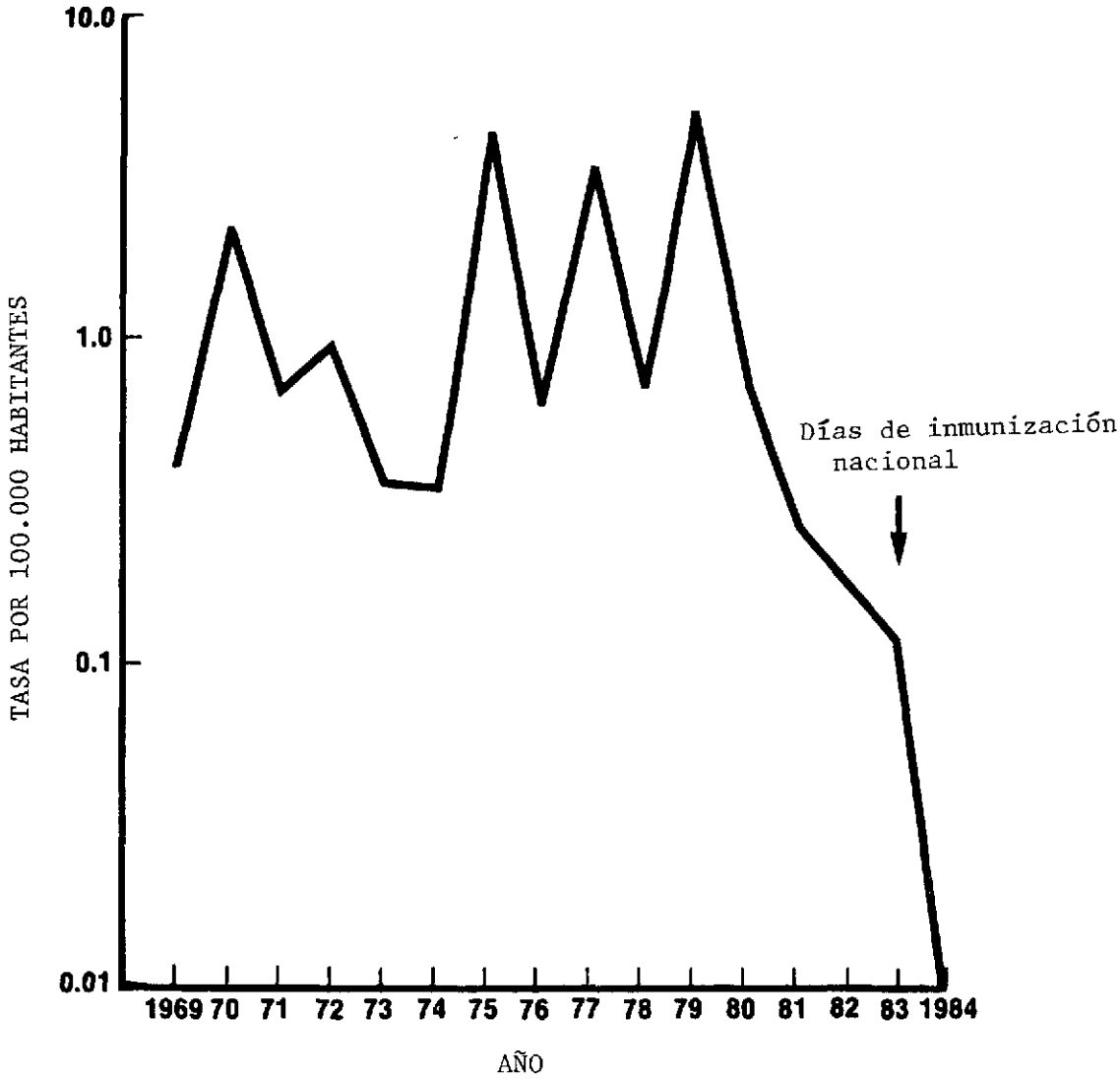
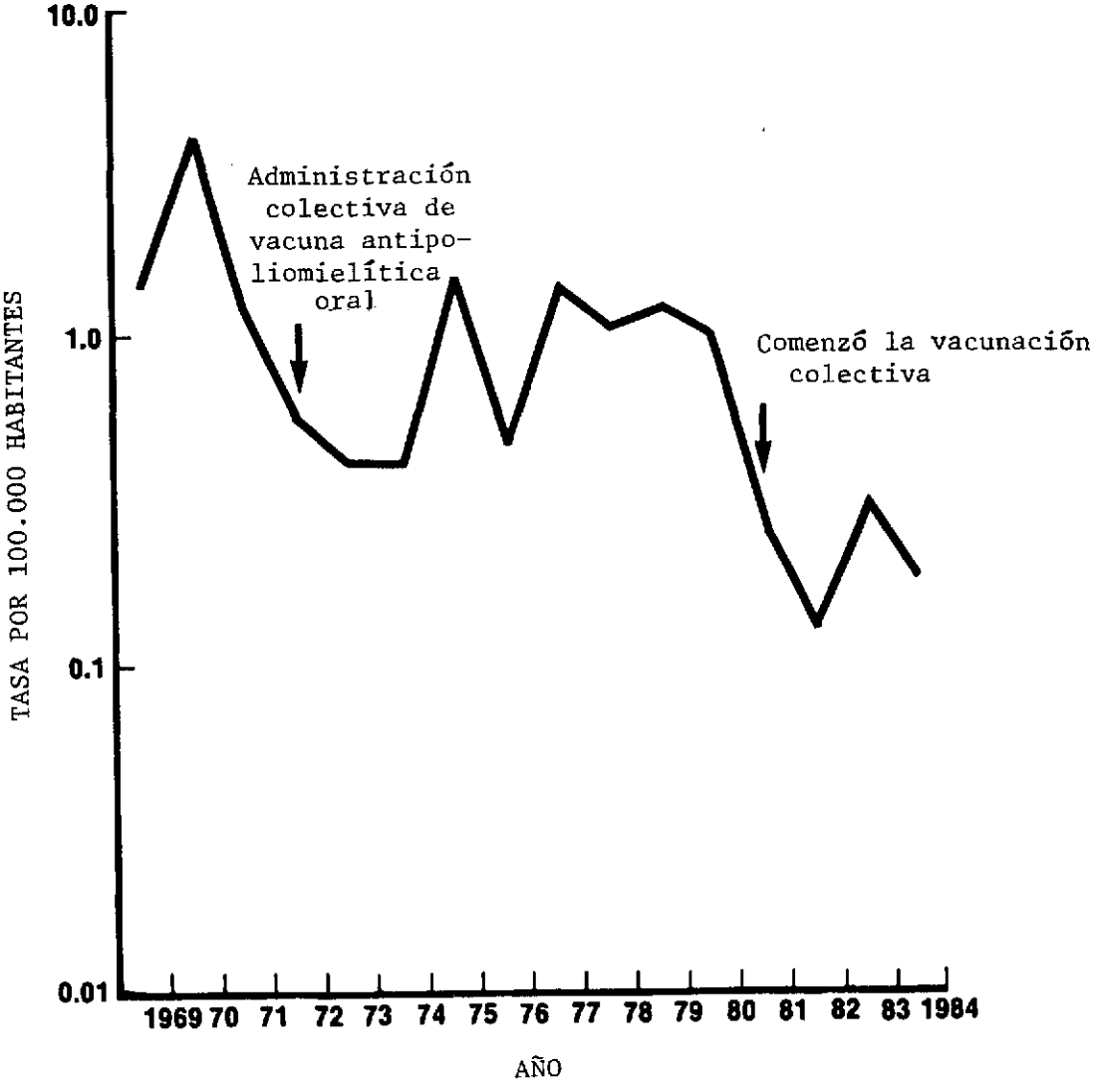


FIGURA 9

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA (POR 100.000 HABITANTES)
DEBIDA A POLIOMIELITIS, MEXICO, 1969-1984



3.2 Coberturas de vacunación

En el Cuadro 13 se presentan las coberturas notificadas de la población menor de un año con tres o más dosis de vacuna antipoliomielítica durante el período 1978-1974, desde la adopción del PAI en las Américas. Durante este período, la proporción de países que notificaron coberturas ha aumentado del 68% en 1978 al 95% en 1983 (Canadá y los Estados Unidos de América no declararon coberturas para la población de menos de un año de edad). En conjunto, la proporción de niños menores de un año con tres o más dosis de vacuna antipoliomielítica en las Américas ha aumentado del 34,6% en 1978 a más del 75% en 1984. Es significativo el hecho de que durante el período 1978-1983, 19 países demostraron una constante tendencia creciente de coberturas, lo que sugiere que los programas de inmunización han resultado fructíferos.

Además del Brasil, otros países también han tomado medidas entre las cuales el compromiso de controlar la poliomielitis a través de la aceleración de sus respectivos programas. Dichos países son México, Colombia, Bolivia, la República Dominicana, Nicaragua y El Salvador. Las coberturas mayores del 90% de la población beneficiaria dieron como resultado la desaparición de casos de poliomielitis en 1984 en Nicaragua, Bolivia y la República Dominicana.

3.3 Importaciones de otras regiones

En 1978-1979 hubo una epidemia de poliomielitis que abarcó los Países Bajos, Canadá y Estados Unidos de América--tres países que han controlado esa enfermedad desde fines del decenio de 1960. Dicha epidemia merece especial atención por varias razones. Una es que la epidemia ocurrió en grupos de población que se negaban a ser inmunizados por principios religiosos. En los tres países sin excepción dichos grupos de población tendían a vivir congregados en pequeñas regiones geográficas, y los de los Estados Unidos de América y el Canadá vivían algo aislados socialmente. La epidemia comenzó primero en los Países Bajos, propagándose rápidamente en todo el país entre abril y octubre de 1978. Durante el mes de agosto se notificaron varios casos en el Canadá en familias y comunidades que habían tenido visitantes de los Países Bajos. En octubre de 1978, una familia de una de las comunidades afectadas de Canadá se mudó a los Estados Unidos de América, y en enero de 1979 se produjo el primer caso en una comunidad vecina. En abril se produjo un segundo caso, y debido a una boda, el virus se propagó a varias comunidades geográficamente bastante separadas. Los agentes aislados en las tres epidemias demostraron ser, por la distribución de los oligonucleótidos, virus iguales, idénticos además a una cepa de Kuwait, lo que indicó que se trataba de una importación inicial de una zona de poliomielitis endémica. La producción de una epidemia resultante de una importación del virus en países con altas coberturas de inmunización (superiores al 90%) ilustra las dificultades planteadas en el

Cuadro 13: Coberturas de la población menor de un año de edad con tres o más dosis de vacuna antipoliomielítica por país en las Américas; 1978-1984

Subregión y país	% de coberturas por año						
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
América del Norte							
Bermuda	...	...	39	...	68	53	48
Canadá	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...	...
Caribe							
Anguila	77	48	86	81	86	99	73
Antigua y Barbuda	53	...	36	47	90	99	93
Bahamas	99	27	35	40	67	65	62
Barbados	56	60	99	54	63	62	77
Islas Vírgenes Británicas	...	14	95	70	94	75	85
Islas Caimán	31	52	47	63	91	90	90
Cuba[a]	99	97	99	82	82	95	99
Dominica	20	31	53	97	73	92	82
República Dominicana	28	35	46	42	37	22	99
Grenada	...	6	32	41	61	72	75
Haití	1	3	2	3	7	6	12
Jamaica	...	...	34	37	68	47	56
Monserrat	63	5	38	55	95	95	82
Santa Lucía	32	...	58	65	81	80	84
San Cristóbal-Nieves	...	25	76	71	93	91	97
San Vicente	5	...	26	33	99	84	90
Trinidad y Tabago	45	28	38	55	59	61	66
Islas Turcas y Caicos	...	21	44	27	80	79	70
Mesoamérica Continental							
Belice	45	42	21	51	52	61	54
Costa Rica	58	44	67	85	78	54	81
El Salvador[a]	...	57	42	38	42	48	44
Guatemala[a]	...	62	43	42	45	44	37
Honduras	7	25	32	37	53	70	84
México	...	11	43	85	85	74	91
Nicaragua	18	...	99	52	50	30	73
Panamá	41	57	45	50	61	60	70
América del Sur Tropical							
Bolivia	3	12	14	15	15	11	57
Brasil[a]	34	49	99	99	99	99	89
Colombia	17	19	16	22	27	42	60
Ecuador	10	16	14	19	36	34	36
Guyana	31	37	42	37	73	59	41
Paraguay	2	5	14	26	39	47	59
Perú	21	19	16	20	23	18	26
Suriname	...	20	24	22	53	83	79
Venezuela	83	88	95	75	77	67	59
América del Sur Templada							
Argentina	...	5	31	38	94	94	64
Chile	98	97	91	93	98	93	87
Uruguay[a]	52	58	59	58	72	74	83
TOTAL[b]	34	34	59	69	74	72	78

a) Datos sobre la segunda dosis en lugar de la tercera.
b) Incluye solo países con datos disponibles.
... No se dispone de datos.

mantenimiento de la erradicación regional cuando existen todavía focos susceptibles. La falta de propagación del virus natural de la poliomielitis a través de la población general de estos países es testimonio de los altos niveles de cobertura de vacunación y de la rápida detección de los casos con medidas eficaces de control.

4. ACCION PROPUESTA

4.1 Justificación

En estos últimos años se ha experimentado un progreso apreciable en la Región de las Américas con respecto a la prestación de servicios de salud, estrategias apropiadas de vacunación, coberturas crecientes de inmunización, evaluación de programas y vigilancia de enfermedades. Todos los países de la Región están actualmente empeñados en la realización de programas nacionales de inmunización. La situación epidemiológica de la poliomielitis es particularmente promisoria y merece especial atención, puesto que ya se ha observado una reducción notable de la incidencia de esta enfermedad, primordialmente como resultado de la intensificación de las estrategias de vacunación desarrolladas en varios países de la Región. El número de casos notificados ha disminuido de 4.728 en 1979 a 525 en 1984.

En 1984 solo 11 países notificaron casos de la enfermedad causados por ese microorganismo. Puesto que en algunos países los sistemas de vigilancia son deficientes, se cree que el número real de casos ocurridos es quizás 2 ó 3 veces mayor. Aun así, el número es suficientemente reducido para suponer que con un esfuerzo conjunto y con un compromiso bien coordinado por todos los países, pronto podrá reducirse a cero.

Los datos presentados confirman que con un esfuerzo más de los países prioritarios en el control específico de esta enfermedad, se llegaría a conseguir en breve tiempo la interrupción de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en el Hemisferio. La vacunación antipoliomielítica difiere en muchos aspectos de otras vacunaciones del PAI y permite recurrir a estrategias especiales que ya han demostrado producir un rápido impacto en la actividad de la poliomielitis, como se ha visto en Brasil, Colombia, Bolivia, Nicaragua y República Dominicana. Además, las formas paralíticas de la enfermedad son fáciles de reconocer y sirven de indicadores satisfactorios de la circulación autóctona del virus salvaje de la poliomielitis, permitiendo así la identificación temprana de su presencia y facilitando la rápida aplicación de medidas de control. Una vez detenida la transmisión en el Hemisferio, se limitan las posibilidades de que se reintroduzca la enfermedad desde el punto de vista geográfico y epidemiológico. Pueden organizarse medidas eficaces para controlar la posible propagación que podría ocurrir después de la reintroducción del virus salvaje de la poliomielitis.

Para que se produzca una recidiva, el virus tendría que importarse de otros continentes. Eso es lo que ha sucedido en los Estados Unidos de América y el Canadá en el último decenio. En ambos países, la transmisión del poliovirus salvaje cesó a comienzos de los años 70 y a partir de entonces solo se ha introducido en una ocasión, cuando causó casos paralíticos. Aunque ambos países tienen programas continuos de vacunación antipoliomielítica, existen regiones donde la cobertura de inmunización dista de ser óptima y donde se producirían brotes, si el virus se hallara constantemente en el medio. Sin embargo, hasta ahora no han ocurrido. Si se pudiera lograr lo mismo en todos los países de las Américas, los casos cesarían, aun en grupos difíciles de incluir en los programas de vacunación.

La erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región de las Américas merece la inmediata acción del Hemisferio. Los elementos necesarios para velar por el éxito del programa están presentes ya que tanto los países como varios organismos multilaterales, bilaterales y no gubernamentales han demostrado estar firmemente dedicados a programas de inmunización y de supervivencia infantil.

La observación de que los casos notificados llegaron a un mínimo en 1984 es una indicación más de que el momento es propicio y de que la erradicación de la transmisión autóctona en las Américas es actualmente factible.

Es inaceptable, dada la tecnología disponible actualmente, que cualquier niño del Hemisferio sufra de poliomielitis. La erradicación perseguida de la transmisión autóctona del virus salvaje de poliomielitis en las Américas centra los objetivos del PAI en la vigilancia y el control de la enfermedad. La capacitación sobre el terreno de epidemiólogos y administradores de programas en estrategias de erradicación de poliomielitis, en combinación con objetivos bien señalados, contribuirá considerablemente a mejorar el control en general de enfermedades en el Hemisferio.

4.2 Objetivos

El plan de acción propuesto persigue tres objetivos primordiales, a saber,

a) Promover el desarrollo general del Programa Ampliado de Inmunización en la Región a fin de acelerar el logro de sus objetivos.

b) Erradicar en 1990 la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región de las Américas.

c) Establecer un sistema de vigilancia a niveles regional y nacional de modo que puedan investigarse de inmediato todos los casos sospechosos y aplicarse rápidamente las medidas de control que han de detener la transmisión.

4.3 Requerimientos

4.3.1 Compromiso político y apoyo internacional

Los fructíferos resultados encontrados en la historia reciente del PAI en las Américas demuestran que para interrumpir la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región no hace falta superar problemas técnicos importantes. Los diferentes resultados obtenidos en el PAI y en el control de la poliomielitis observados en los diversos países no están relacionados con las distintas etapas de desarrollo económico sino con el grado de compromiso político de los respectivos gobiernos.

Para que el esfuerzo hemisférico de erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis pueda llevarse a cabo es absolutamente necesario contar con un alto nivel de coordinación entre los países y las agencias internacionales. Bajo el liderazgo de la OPS, los organismos internacionales deben asumir un importante papel instando a los gobiernos nacionales a que se adhieran a esta empresa a fin de asegurar el apoyo político y administrativo necesario. Por su parte la OPS desempeñará un importante papel en la tarea de asegurar asistencia financiera y técnica adicional y en la coordinación de todos los aportes. Se estima que en los próximos cinco años se necesitarán aproximadamente EUA$30 millones adicionales para cumplir con este objetivo. Estos fondos se utilizarán para sufragar gastos tales como: personal adicional; creación y mantenimiento de laboratorios, incluidos los suministros; actividades relacionadas con la vigilancia y control de epidemias; control de la calidad de las vacunas, y desarrollo de la cadena de frío. Se tratará de conseguir fondos provenientes de asignaciones presupuestarias regulares, fuentes extrapresupuestarias de organismos multilaterales, bilaterales y no gubernamentales y asistencia directa a nivel de país.

Deberá estimularse a los gobiernos de los países para que fortalezcan sus servicios de personal. En cada uno de los países se asignarán responsabilidades nacionales específicas en las actividades de control de la poliomielitis a fin de velar por la coordinación apropiada entre las actividades de vacunación, vigilancia y control de epidemias. La OPS reforzará su capacidad de prestación de cooperación técnica, incluido el nombramiento de personal profesional adicional a fin de asegurar el apoyo técnico y administrativo adecuado a niveles de país e interpaís. Se identificarán los países donde el éxito del programa se ve obstaculizado por problemas especiales para colocar a estos profesionales, y los profesionales interpaíses ayudarán donde se los necesite. La OPS, además, maximizará la coordinación de todas las

agencias que colaboran en la erradicación hemisférica de la transmisión del virus natural de la poliomielitis y coordinará la realización de las investigaciones operativas necesarias para abordar los problemas identificados y también verificará si se ha producido la erradicación en los países que así lo hayan notificado.

La acción propuesta deberá ser una empresa conjunta de todas las naciones del Hemisferio y requiere la movilización de los recursos nacionales, incluida las comunidades. Se necesitará para ello la cooperación técnica de los países con el apoyo de la OPS y otros organismos internacionales.

4.3.2 Vigilancia y control

La vigilancia intensiva es el elemento más decisivo para el éxito del PAI. Uno de los mayores problemas que deben abordarse en cualquier esfuerzo de erradicación de la poliomielitis en la Región se relaciona con la vigilancia. Muchos de los países presentan serios problemas de subnotificación en sus sistemas de vigilancia de enfermedades. Estos problemas se relacionan con una falta de interés por parte del personal del sector salud de las unidades periféricas y hospitales importantes, combinada con la existencia de casos que escapan a la atención del sector salud y los diagnósticos incorrectos, que retrasan aún más la adopción de medidas adecuadas de control.

Si ha de producirse la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis, todos los casos sospechosos de la enfermedad deberán investigarse de inmediato, instituyéndose a la brevedad las medidas de control apropiadas, especialmente en zonas donde no se ha registrado actividad poliomielítica y se ha registrado la importación de un caso.

Se harán todos los intentos posibles para investigar la cadena de transmisión y se realizarán estudios sobre el terreno y en el laboratorio a fin de determinar el grado de circulación del virus en la comunidad. Esto último es de particular importancia, ya que por cada caso paralítico de poliomielitis pueden haberse infectado aproximadamente 50-1.000 individuos que permanecen asintomáticos. De esta manera continuará la transmisión. En la vigilancia de la poliomielitis se incluirán las siguientes medidas:

a) El establecimiento de un sistema de notificación de toda enfermedad paralítica compatible con la poliomielitis, utilizando procedimientos y definiciones estandarizados. Este sistema incorporará a todas las instituciones que tengan probabilidad de ver casos. Este sistema contribuirá además a fortalecer la vigilancia de la enfermedad en general.

b) Cada caso sospechoso se considerará como emergencia de salud pública y deberá investigarse inmediatamente. Para propósitos operacionales, la definición de un brote es la ocurrencia de un caso probable o un caso confirmado de poliomielitis. Al identificar un caso probable o un caso confirmado, se deberán tomar inmediatamente las medidas de control, con la ayuda de equipos internacionales de apoyo compuestos por profesionales capacitados en investigación de brotes, bajo la coordinación de la OPS.

c) El desarrollo de redes de laboratorios auxiliares que analicen muestras de materia fecal y sueros apareados de todos los casos sospechosos. Deberán establecerse laboratorios de referencia que proporcionen ensayos más complicados, incluida la caracterización genética de los virus aislados de poliomielitis.

4.3.3 Apoyo de los laboratorios

Con la disminución del número de casos registrados y la extensión de las coberturas de los grupos de población con la vacuna antipoliomielítica vírica oral, es importante desarrollar la capacidad de determinar si el virus aislado de poliomielitis es el virus natural. Los laboratorios capaces de este tipo de determinación en la Región se hallan en los Estados Unidos de América (CDC), Canadá (LCDC) y Brasil (IOC). Mediante técnicas especiales, los Estados Unidos de América, el Canadá y los Países Bajos consiguieron confirmar que las epidemias ocurridas en dichos países, aunque significativamente relacionadas desde el punto de vista epidemiológico, habían sido causadas en realidad por una cepa de virus idéntica. Con la aparición de casos aislados en los países, será importante determinar si los casos se deben a cepas salvajes o a otros virus. Para esto se necesitará contar con la asistencia de laboratorios competentes en este campo.

Aunque en la mayoría de los países se dispone de la confirmación serológica de los anticuerpos del virus poliomielítico, todavía existen problemas inherentes a la recolección de especímenes apropiados, y muchos de los casos no se han conformado. En algunos países se descartan casos sospechosos por no tenerse la confirmación del laboratorio. Los problemas subyacentes en estas bajas tasas de confirmación tiene relación con la notificación atrasada de casos y con la incapacidad de desarrollar los sistemas logísticos necesarios para transportar los especímenes del campo a los laboratorios. El desarrollo de estos sistemas logísticos recibirá un alto orden de prioridad en el plan de acción propuesto.

Deberá realizarse de inmediato una evaluación completa de los servicios de laboratorio existentes a fin de definir una red de instituciones de confianza que asistan al programa. Se solicitará la asistencia de los Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta, Georgia, para que funcionen como centros de referencia para todos los laboratorios y acepten encargarse de la capacitación, supervisión y realización de pruebas complejas y para que aseguren la existencia de reactivos de buena calidad para los ensayos realizados en todos los laboratorios identificados.

4.3.4 Evaluación progresiva y diseminación de información

Cada seis meses la OPS deberá convocar a reunión a todos los administradores nacionales para discutir la ejecución general del programa y los resultados logrados en ese período. Dicha reunión reviste gran importancia pues es una forma de intercambiar información y de mantener la motivación del personal.

Deberá aumentarse la circulación del Boletín Informativo del PAI y en todos sus números se incluirá una sección dedicada a temas referentes a la erradicación de la poliomielitis.

5. CONCLUSION

El progreso alcanzado hasta ahora por los países de esta Región en la ejecución de los programas respectivos de inmunización es una reafirmación de que los objetivos del PAI son asequibles.

En vista de los felices resultados obtenidos, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana propone la firme acción de los Países Miembros para alcanzar la erradicación hemisférica de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis para 1990.

CD31/7 (Esp.)
ANEXO II

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

REFERENCIA: TELEFONO 861-3200

ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL VIRUS SALVAJE DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS

PLAN DE ACCION

Julio de 1985

1. Introducción..... 1
2. Estrategias y componentes técnicos..... 4
3. Organización y administración..... 14
4. Financiamiento y componentes financiero..... 18
5. Cronograma..... 20
6. Apéndices..... 21

PREFACIO

El Director de la Organización Panamericana de la Salud ha nombrado a un Grupo Técnico Asesor (GTA) para que la oriente en el trabajo destinado a acelerar el Programa Ampliado de Inmunización y a erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. Este grupo está compuesto por las siguientes personas:

Dr. José Manuel Borgoño
Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Dr. Donald A. Henderson (Presidente)
Decano de la Facultad de Higiene y Salud Pública
Universidad de Johns Hopkins
Baltimore, Maryland

Dr. Alan Hinman
Director de la División de Inmunización
Centros de Control de las Enfermedades
Atlanta, Georgia

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Subsecretario de Servicios de Salud
México, D.F. México

Dr. Joao Baptista Risi, Jr.
Secretario de la Secretaría Nacional de
Acciones Básicas de Salud
Ministerio de Salud
Brasilia, Brasil

El Grupo Técnico Asesor celebró su primera reunión en Washington del 11 al 12 de julio de 1985 para discutir y revisar el Plan de Acción para la erradicación de la transmisión auctóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. El Plan de Acción propuesto se esboza en las siguientes páginas.

1. INTRODUCCION

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se basa en la Resolución WHA27.57, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974. Las pautas generales del programa, inclusive la meta fijada en el PAI de prestar servicios de inmunización a todos los niños del mundo en 1990 (Resolución WHA30.53, 1977), fueron aprobadas por medio de la Resolución CD25.R27 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 1977.

Los objetivos del PAI a largo plazo son los siguientes:

- Reducir la morbilidad y mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis, prestando servicios de inmunización contra esas enfermedades a todos los niños del mundo en 1990 (se pueden incluir otras enfermedades selectas, cuando proceda);

- fomentar la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios de inmunización dentro del marco de los servicios de salud integrales, y

- fomentar la autosuficiencia regional en asuntos relativos a la producción y al control de la calidad de la vacuna.

Desde que el PAI se estableció en la Región de las Américas en 1977 ha mejorado mucho la cobertura de la inmunización. En 1978, menos del 10% de los niños menores de un año vivía en países donde la cobertura con las vacunas del PAI era de 50%, como mínimo; en 1984, cerca del 50% de los niños de esa edad vivía en países donde la cobertura con la vacuna DPT era al menos del 50%, con las vacunas antisarampiosa y BCG, superior al 50% y con la vacuna antipoliomielítica, superior al 80%.

Los efectos de la amplia cobertura con la vacuna antipoliomielítica pueden observarse en el Gráfico 1, en el que se indica la incidencia de poliomielitis notificada anualmente en la Región de las Américas durante el período 1969-1984, y en el Gráfico 2, en el que se presenta el número absoluto de casos notificados anualmente durante el mismo período.

En el Cuadro 1 se desglosa el número anual de casos notificados por país entre 1975 y 1984. En 1978, 11 países de la Región notificaron que no habían tenido ningún caso de poliomielitis. En 1984, 19 países indicaron que la incidencia de la poliomielitis era nula; ese número de países es casi el doble del de los que notificaron lo mismo solo seis años antes.

Gráfico 1. Incidencia de poliomielitis notificada anualmente (por cada 100.000 habitantes) en la Región de las Américas entre 1969 y 1984

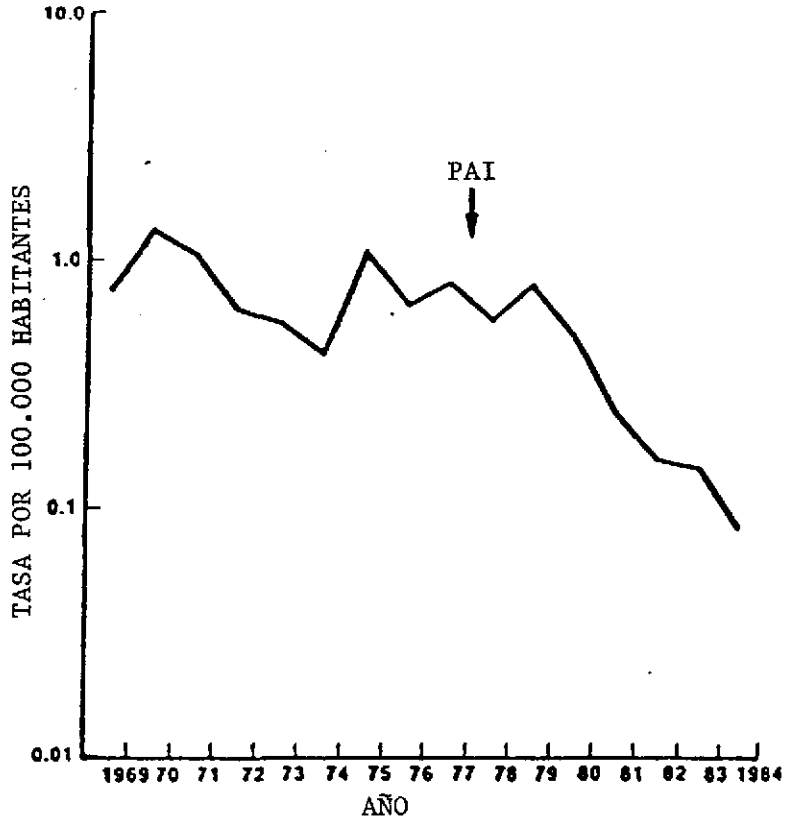
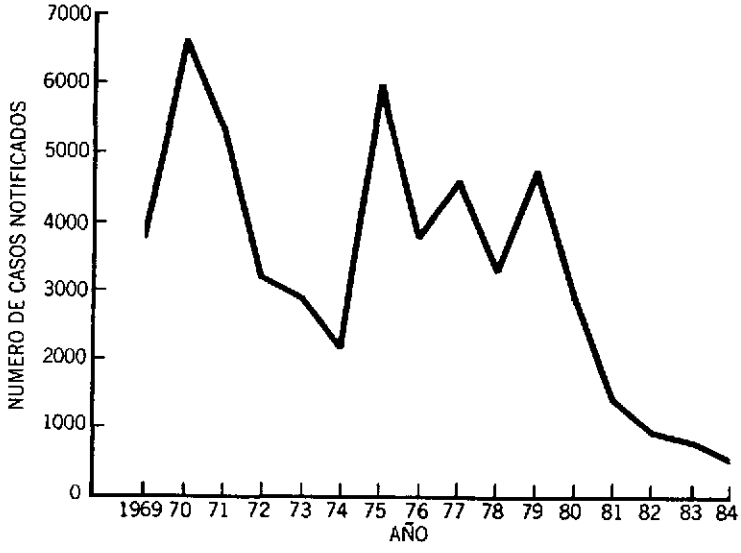


Gráfico 2. Número de casos de poliomielitis notificados anualmente en la Región de las Américas, de 1969 a 1984



Cuadro 1. Número de casos de poliomielitis en las Américas, por país, entre 1975 y 1984.

País	Promedio de casos anuales		No. de casos			
	1975-77	1978-80	1981	1982	1983	1984
AMERICA DEL NORTE						
Bermuda	-	-	-	-	-	-
Canadá	1	4	-	-	-	1
Estados Unidos	13	20	7	9	12	7
CARIBE						
Anguila	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-
Antillas Neerlandesas	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-
Guadalupe	-	-	-	-	-	-
Haití	25	16	35	35	62	63
Islas Caimán	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes (EUA)	-	-	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	58	-	-
Martinica	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-
Puerto Rico	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	63	107	72	70	7	-
San Cristóbal y Nieves	-	-	-	-	-	-
San Martín y San Bartolomé	-	-	-	-	-	-
San Vincente y Granadinas	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-
MESOAMERICA CONTINENTAL						
Belice	-	2	-	-	-	-
Costa Rica	-	-	-	-	-	-
El Salvador	38	23	52	16	88	19
Guatemala	39	116	42	136	208	17
Honduras	78	101	18	8	8	76
México	710	966	186	98	232	137
Nicaragua	26	36	46	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-
SUDAMERICA ZONA TROPICAL						
Bolivia	138	121	15	10	7	-
Brasil	2.807	1.854	122	69	45	82
Colombia	525	305	576	187	88	18
Ecuador	45	10	11	11	5	-
Guayana Francesa	-	-	-	-	1	-
Guyana	2	-	-	-	-	-
Paraguay	74	20	60	71	11	3
Perú	136	120	149	150	111	102
Suriname	-	-	-	1	-	-
Venezuela	44	34	68	30	-	-
SUDAMERICA ZONA TEMPLADA						
Argentina	2	22	5	10	26	-
Chile	-	-	-	-	-	-
Uruguay	6	-	-	-	-	-
TOTAL	4.772	3.877	1.464	969	911	525
Número de países que notificaron casos	19	18	16	17	15	11

- Cero casos

Esta impresionante y rápida reducción de la carga de la enfermedad ocasionada por la mayor cobertura de la vacuna antipoliomielítica ha abierto el camino para adoptar la decisión de erradicar la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el hemisferio occidental para 1990.

De conformidad con ello, el 14 de mayo de 1985 el Director de la OPS anunció el compromiso adquirido por la Organización para cumplir con esta meta y pidió el apoyo de todos los Países Miembros y de varios organismos internacionales. En el momento del anuncio, varios representantes de los Países Miembros y de los organismos internacionales expresaron su adhesión a los esfuerzos por erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis del hemisferio para 1990.

El Director de la OPS recalcó que las actividades relativas a la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles deben considerarse dentro del marco del PAI, que se destina al control de seis enfermedades prioritarias.

El Plan de Acción propuesto tiene tres objetivos principales:

a) Fomentar el desarrollo general del Programa Ampliado de Inmunización en la Región para acelerar el logro de sus objetivos;

b) Erradicar la transmisión autóctona de los poliovirus salvajes en la Región de las Américas para 1990;

c) Establecer un sistema de vigilancia en los planos regional y nacional para investigar inmediatamente cualquier caso sospechoso de poliomielitis y adoptar las debidas medidas de control para impedir la transmisión.

En las siguientes secciones del documento se detalla el Plan de Acción propuesto.

2. ESTRATEGIAS Y COMPONENTES TECNICOS

El requisito previo más importante para lograr los objetivos fijados será la clase de compromiso político que estén dispuestos a contraer los países, expresado en lo siguiente:

- Aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1985 de la Resolución relativa a la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas para 1990;

- Adopción de medidas legislativas por parte de los Países Miembros, cuando proceda;

. Disponibilidad y asignación de recursos nacionales para esa empresa.

Con el fin de lograr la meta de erradicación de la transmisión autóctona de los virus salvajes de la poliomielitis en las Américas para 1990, será necesario intensificar la aplicación de todos los componentes de las estrategias del PAI actualmente empleadas y adaptar muchos de los conceptos empleados en el PAI. Otros elementos indispensables son la coordinación del trabajo de los organismos internacionales en los planos regional y nacional y la disponibilidad de fondos suficientes de fuentes nacionales e internacionales para sufragar el costo de las actividades relativas a esa meta.

Las estrategias clave que se emplearán en este empeño son las siguientes:

1) Movilización de recursos nacionales;

2) Logro y mantenimiento de una cobertura de vacunación superior al 80% de la población destinataria;

3) Realización de actividades de vigilancia apropiadas para detectar sin demora todos los casos de poliomielitis, con investigaciones detalladas e institución de medidas de control;

4) Servicios de diagnóstico de laboratorio al alcance de todos los países para permitir estudios de todos los casos probables de poliomielitis notificados;

5) Difusión de información en los países y la Región;

6) Identificación de las necesidades de investigación y consecución de financiamiento para su ejecución;

7) Preparación de un protocolo de certificación para declarar a los países y a la Región exentos de la transmisión autóctona;

8) Evaluación de todas las actividades del programa en marcha.

Para garantizar el éxito de cada una de las estrategias clave se recomienda el empleo de una serie de componentes técnicos.

2.1 Movilización de recursos nacionales

Se reconoce que los Ministerios de Salud de muchos países disponen de recursos limitados y por ello será indispensable concentrar el trabajo en la movilización de todos los recursos nacionales para complementar los existentes.

En ese sentido, la coordinación intersectorial será imprescindible para estimar las posibilidades que ofrecen los recursos existentes y movilizar los que hagan falta. Los sectores de educación y agricultura, las instituciones de seguridad social y otras organizaciones serán elementos esenciales de esta empresa.

Por último, se pedirá la colaboración de las comunidades y los grupos a ellas pertenecientes para que aporten sus recursos y talento para el logro del objetivo. Se solicitará la asistencia de los organismos voluntarios privados, los grupos religiosos y los medios de información pública para realización de las actividades de fomento, distribución de suministros, asignación de personal y participación en las actividades de vacunación. Se establecerán estrategias de colaboración en actividades realizadas conjuntamente por varios países y se fomentará la cooperación técnica entre éstos para fines de planificación, ejecución y evaluación de programas, sobre todo en lo que respecta a la investigación y al control de brotes y al apoyo laboratorial.

2.2 Actividades de inmunización

2.2.1 Clasificación de países según el grado de actividad en materia de control de la poliomielitis y cobertura de vacunación

En un principio, los países se clasificarán en dos grupos, a saber:

- Grupo I: Países infectados por la poliomielitis. Estos son los países que han notificado casos autóctonos ocasionados por la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el trienio precedente.

- Grupo II: Países exentos de poliomielitis. Estos son los países que no han notificado ningún caso autóctono causado por transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el trienio precedente. Este grupo se subdividirá en dos categorías, a saber:

  . Grupo II-A: Países de mayor riesgo. Estos son los países que han tenido una cobertura de vacunación inferior al 80% de los niños menores de un año en cualquier de los tres años precedentes.

  . Grupo II-B: Países de menor riesgo. Estos son los países que han mantenido una cobertura de vacunación superior o igual al 80% de los niños menores de un año en cada uno de los tres años precedentes.

2.2.2 Tácticas de vacunación

Las tácticas de vacunación recomendadas para lograr la meta variarán según la situación epidemiológica de la poliomielitis en cada país, la cobertura de vacunación existente y la infraestructura de

salud. La vacuna antipoliomielítica oral trivalente (TOPV) será el principal medio para erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. Además, se analizará continuamente la utilidad que puede tener la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) en la erradicación de esa enfermedad.

Para los países del Grupo I se recomendarán jornadas nacionales de inmunización, al menos dos veces al año. El éxito de las mismas exigirá planificación intensiva de la logística de la oferta y la demanda. Se fomentará el empleo de los medios de información pública y las compañías de publicidad para divulgar el concepto de la vacunación. Para el éxito de esas jornadas será indispensable movilizar todos los recursos intra y extrasectoriales y conseguir la participación de los sectores no gubernamentales. Esta táctica debe considerarse como una medida adoptada solo en este caso, que pasará a reemplazarse gradualmente con servicios de inmunización ordinarios prestados en las instituciones asistenciales.

Es preciso aprovechar las jornadas nacionales de inmunización para administrar también las vacunas antisarampionosa y DPT.

Los países del Grupo II necesitarán mantener una cobertura mínima del 80% de la población destinataria fortaleciendo los servicios ordinarios de inmunización y manteniendo una estricta vigilancia.

2.2.3 Apoyo logístico

Todos los países deben asegurar que las vacunas empleadas en el programa cumplan con los requisitos de la OMS. La distribución de las vacunas será un elemento indispensable de las actividades de inmunización. La eficiencia de los sistemas de distribución será indispensable para asegurar que las vacunas lleguen a tiempo a su lugar de destino. Para garantizar la continuidad de las actividades de inmunización, se mantendrán reservas de vacunas en la Región para casos de emergencia. Se pedirá a las compañías fabricantes que tengan permanentemente 5 millones de dosis a la mano para uso de emergencia. La OPS supervisará el inventario de esas reservas de emergencia y se encargará de distribuirlas cuando sea preciso. Se espera que los países pidan regularmente los suministros de vacuna que necesiten.

Cuando se preparen los planes de trabajo de los países, se identificarán las deficiencias de la cadena de frío y se indicarán las necesidades que es preciso atender. La cooperación de los organismos donantes debe abarcar la compra y el mantenimiento del equipo necesario de la cadena de frío. Para resolver los problemas reconocidos de mantenimiento de dicho equipo, se instará a los países a que diseñen sistemas de cadena de frío que cuentan con equipos que exijan poco mantenimiento.

2.2.4 Capacitación

Se hará particular hincapié en la capacitación del personal en lo que respecta a los elementos operativos del programa que son importantes para el éxito del mismo. A manera de ayuda, la OPS preparará un manual sobre la base técnica de la erradicación de la poliomielitis, que se propone distribuir a todos los Países Miembros. Ese manual servirá de prototipo para que los países preparen manuales adaptados a las circunstancias locales. La OPS prestará asistencia técnica a los países para la adaptación, producción y distribución del manual y para la planificación y realización de cursos de adiestramiento, según se necesiten.

2.3 Vigilancia epidemiológica y control de brotes

En vista del número relativamente pequeño de casos notificados cada año en la Región, urge la investigación inmediata de todo caso sospechoso. Este es uno de los elementos más críticos de las actividades de erradicación. La investigación de los casos debe realizarse según las definiciones incluidas en el manual citado en la sección 2.2.4. Para fines de las operaciones, se proponen las siguientes definiciones provisionales:

- Caso sospechoso de poliomielitis. Cualquier ataque agudo de parálisis sufrido por una persona menor de 15 años.

- Caso probable de poliomielitis. Cualquier ataque agudo de parálisis fláccida sin pérdida sensorial u otra causa identificada.

- Caso confirmado de poliomielitis. Cualquier caso probable confirmado en el laboratorio o vinculado a otro caso probable o confirmado o que sufra parálisis residual 60 días después del ataque.

2.3.1 Identificación y notificación de casos

La vigilancia será activa y pasiva. Se entrará en contacto con todas las posibles fuentes de notificación de casos sospechosos de poliomielitis en los diversos países para incorporarlas en las actividades de vigilancia. Se harán visitas semanales a las instalaciones donde se podrían tratar los casos agudos o convalecientes como parte del mecanismo de vigilancia. Entre las instalaciones que se han de visitar están todos los hospitales donde se atienden casos agudos (públicos, privados, generales y especializados) y los centros de rehabilitación. Una vez que se hayan identificado los casos sospechosos, se realizarán detalladas investigaciones en la comunidad en búsqueda de otros. Cada país enviará por télex a la OPS informes semanales de los casos probables y confirmados de poliomielitis.

En caso de un brote, la OPS/Washington notificará inmediatamente a todos los países de la Región para que pueda darse el debido aviso a los viajeros.

La OPS se asegurará de que haya personal internacional experto para afianzar las actividades de vigilancia epidemiológica en la Región.

En los países del Grupo I, se facilitará esa clase de personal para ayudar a los países en la preparación o el mejoramiento de las actividades de vigilancia y examinar las fichas de los casos de otras enfermedades incluidas en el diagnóstico diferencial de poliomielitis, tales como el síndrome de Guillain-Barré (SGB) y la mielitis transversa.

En los países del Grupo II, se podrían ofrecer recompensas en dinero a las personas que detecten cualquier caso de poliomielitis. Los funcionarios de la OPS estarán listos a ayudar a confirmar la validez de los informes, realizar evaluaciones de las instituciones donde se podría tratar a los casos de poliomielitis, seguir la trayectoria de los casos diagnosticados de SGB (para verificar que en realidad existe una distinción clara entre el SGB y la poliomielitis) y establecer una clase de recompensa determinada para las personas que descubran casos.

2.3.2 Investigación y control de brotes

Cada caso sospechoso de poliomielitis se investigará inmediatamente. Se prepararán formularios normalizados para la investigación detallada de los casos y se procederá a enviarlos a los medios competentes. Para fines prácticos, un brote se define como la aparición de un caso probable o confirmado de poliomielitis. Después de identificar un caso probable o confirmado, el Ministerio de Salud debe hacer un anuncio oficial alertando al personal de salud y a la población en general sobre la situación, a fin de inculcarle al público la necesidad de recibir la inmunización y de notificar sin demora cualquier caso sospechoso. Estos deberán notificarse también de inmediato a la Representación de la OPS.

La OPS ofrecerá asistencia para la investigación de casos y el control de brotes facilitando grupos de investigadores que se movilizarán dentro de las primeras 24 a 48 horas de la notificación de un caso, a fin de ayudar en la investigación del brote, la búsqueda de otros casos (secundarios) y la puesta en práctica de las medidas de control pertinentes. Se realizarán investigaciones detalladas sobre las fuentes de los casos.

Es preciso que los países dispongan de existencias adecuadas de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (TOPV) para iniciar de inmediato las medidas de control. Estas consistirán en administrar la TOPV a todas las personas expuestas, que en los países del Grupo I generalmente estarán constituidas por los niños menores de cinco años. Por causa de la propagación rápida, generalizada y silenciosa del poliovirus, se recomienda la inmunización no solo de las personas de la zona inmediata sino también la de las que residen más allá de ésta.

Parte de la investigación y del control de brotes se basará en la rápida identificación del tipo de poliovirus. Después de identificar un caso probable, se recogerán de inmediato especímenes para envío al laboratorio más cercano a fin de iniciar estudios de aislamiento del virus. Además, se determinará la posible clasificación epidemiológica del caso dentro de las primeras 24 a 48 horas de la notificación. Cuando el caso esté directamente relacionado con la aplicación de la vacuna, no será necesario tomar medidas de control inmediatas.

Se publicarán y divulgarán los informes relativos a los brotes y a la importación de casos. Cuando haya ocurrido importación intrarregional, se enviará la debida notificación al país de origen del caso y se hará disponible un grupo de investigadores para prestar asistencia en el trabajo que es preciso realizar.

2.4 Apoyo de laboratorio

2.4.1 Apoyo a las actividades de vigilancia

Un elemento importante de las actividades de vigilancia será la confirmación por laboratorio de los casos probables de poliomielitis. Se procederá a recoger especímenes de todos los casos probables para efectuar estudios de aislamiento. Se realizará un trazado de los oligonucleótidos u otra prueba del virus aislado para poder confirmar su origen. Los laboratorios mejor dotados de la red prestarán este servicio de referencia a la Región. Es esencial contar con la decidida participación de los laboratorios en el proceso de evaluación epidemiológica. Si se identifican casos de poliomielitis compatibles desde el punto de vista clínico y epidemiológico pero los estudios de aislamiento son negativos o presentan enterovirus distintos de los virus de la poliomielitis, se procederá a enviar especímenes originales y el material aislado de enterovirus distintos del virus de la poliomielitis a los laboratorios de referencia para estudios más detallados.

2.4.2 Evaluaciones efectuadas en el laboratorio

Todos los países deben disponer de laboratorios para estudio de la poliomielitis y la OPS prestará el apoyo necesario en ese sentido. Un grupo de virólogos de renombre internacional evaluará, bajo los auspicios de la OPS, los laboratorios de la Región para determinar los que deben incluirse en la red regional. Este proceso se habrá realizado para diciembre de 1985. Además, se establecerá una red de personal de laboratorio que esté dispuesto a participar en evaluaciones efectuadas por los grupos de investigación, para que estos cuenten con una persona especializada en esas técnicas.

Se identificarán laboratorios donde sea posible efectuar exámenes serológicos como parte de estudios de aislamiento de poliovirus y de otros enterovirus. Se prevé la selección de seis o siete en la Región para efectos de certificación como laboratorios de referencia. Estos se seleccionarán entre los centros colaboradores de la OPS y las redes nacionales de laboratorios y servirán de recursos técnicos para ayudar a los países a establecer los suyos propios.

Además, se procederá a identificar la capacidad que existe en la Región para realizar estudios serológicos y se fortalecerán los sistemas logísticos para poner esos servicios al alcance de todos los países. Se desarrollará la capacidad para efectuar pruebas de fijación del complemento y valoraciones del título de neutralización. Se espera que la mayoría de los países cuente con la capacidad necesaria para realizar estudios serológicos de casos probables de poliomielitis. Se establecerán los medios necesarios para realizar estudios más complejos de identificación del virus (hibridación del ácido nucleico y trazado de los oligonucleótidos) en dos o tres laboratorios de referencia.

2.4.3 Establecimiento de una red regional de laboratorios

De conformidad con la política general que se ha fijado la OPS de establecer redes de instituciones nacionales para fomentar la cooperación técnica entre los países, se procederá a formar una red regional de laboratorios. La creación de esa red entrañará el fortalecimiento del sistema logístico necesario para el transporte de especímenes y la distribución de los suministros necesarios, tales como reactivos. Deberá garantizarse la oferta continua de reactivos normales para los estudios serológicos, de aislamiento de virus y de caracterización genética. Se pedirá a los Centros de Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta que ayuden a establecer las redes de laboratorio y que certifiquen a los laboratorios que van a servir como centros de referencia.

Se identificarán laboratorios de referencia para ayudar a los países que no tienen sus propios laboratorios. Esos laboratorios ayudarán a los países a conseguir el apoyo necesario para los estudios de virología dentro de los mismos y confirmarán los resultados obtenidos en los laboratorios nacionales. El sistema de supervisión de los laboratorios regionales garantizará la obtención de resultados compatibles, de alta calidad, comprobados y fiables.

Como parte del establecimiento de la red de laboratorios, se preparará un manual en el que se habrán de indicar los exámenes que se deben practicar a los casos sospechosos, los procedimientos de prueba, los especímenes apropiados, los métodos de recogida de especímenes, los métodos de envío, el manejo de los especímenes, el sistema de control de la calidad, el acopio y la elaboración de datos. Este manual estará listo en noviembre próximo y se distribuirá a todos los laboratorios participantes.

Las necesidades de capacitación se atenderán en los diversos niveles por medio de la organización de talleres para el personal de laboratorio de la red. El primer curso se celebrará en febrero de 1986, después de la identificación de los laboratorios.

Además de realizar estudios de laboratorio sobre vigilancia, es preciso establecer laboratorios donde se pueda determinar la potencia de las vacunas. Los laboratorios equipados para realizar estudios de aislamiento de poliovirus se emplearán como centros de referencia para determinar la potencia de la vacuna, ya que se requieren técnicas y materiales similares.

2.5 Difusión de información

2.5.1 Publicaciones

A nivel regional, se publicará una sección sobre poliomielitis en todos los números del Boletín del PAI de la OPS. En esa sección se incluirá información sobre la epidemiología actual de la poliomielitis en la Región; el número de casos notificados en el intervalo transcurrido desde que se publicó el número anterior, por semana de notificación y país; estudios de los casos causados por brotes y los resultados de las investigaciones realizadas; asuntos relativos a la erradicación y temas de interés sobre las investigaciones en materia de poliomielitis. Mensualmente se distribuirá información sobre las actividades relativas al control de la poliomielitis en la Región. Se espera que aumente la circulación del boletín para que todas las instituciones de salud de la Región reciban ejemplares. Además se difundirá información en otras publicaciones de la OPS.

Se insta a los países a que incluyan una sección sobre poliomielitis en sus boletines epidemiológicos nacionales, distribuidos a los auxiliares de salud de la red.

La OPS distribuirá periódicamente en toda la Región reseñas de la literatura sobre poliomielitis.

2.5.2 Reuniones para intercambio de información

A fin de mantener el impulso dado al PAI y de facilitar la comunicación en la Región, las reuniones de los administradores de dicho programa en los países de América Latina y de habla inglesa en el Caribe se celebrarán con tanta frecuencia como sea necesario para discutir los adelantos logrados y los problemas encontrados. Esas reuniones servirán de foro de asistencia mutua y difusión de información y en ellas participarán expertos técnicos para ayudar a solucionar los problemas

encontrados. Las reuniones consistirán en presentaciones de los Representantes de País, discusiones relativas a los puntos señalados durante las mismas y exposición del trabajo realizado sobre el terreno. Como resultado de dichas reuniones, los grupos de trabajo formularán recomendaciones a los países sobre las estrategias apropiadas para resolver los problemas encontrados.

Los resultados y recomendaciones de las reuniones se publicarán y divulgarán en la Región.

2.6 Identificación de las necesidades de investigación

2.6.1 Estudio por parte del Grupo Técnico Asesor

Por reconocerse que quedan muchos asuntos técnicos y operativos por abordar en el campo de la erradicación de la poliomielitis, se prestará apoyo a las investigaciones. Las necesidades de investigación que identifique el Grupo Técnico Asesor (GTA) se atenderán en los dos primeros años del proyecto. Se reconoce además que a medida que se resuelvan unos problemas surgirán otros. Se fomentará la participación de todos los Países Miembros en las investigaciones necesarias.

El Grupo Técnico Asesor (véase la sección 3.2) examinará las actividades en marcha e identificará los campos de investigación. Ese trabajo incluirá la identificación de fuentes de financiamiento para fines de subvención, el examen de protocolos y el análisis de los resultados de la investigación. La OPS facilitará el mecanismo necesario para iniciar la investigación una vez que se hayan identificado los campos respectivos.

2.6.2 Posibles campos de investigación

Algunos de los asuntos que es preciso abordar inmediatamente son los siguientes:

- estrategias y tácticas para lograr una cobertura óptima;
- razones por las que existen desertores y estrategias para reducir su número;
- técnicas de vigilancia óptima para detectar todos los casos posibles, inclusive los relacionados con la vacuna;
- criterios para certificar la erradicación de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis;
- métodos de diagnóstico más sencillos;
- sistemas eficientes de inoculación y equipo necesario para administrar la vacuna inyectable.

2.7 Protocolo de certificación

La certificación de la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas podrá emitirse cuando se cumpla con las siguientes condiciones: 1) hayan transcurrido tres años sin que se haya identificado ningún caso autóctono de poliomielitis en la Región, en presencia de vigilancia adecuada; 2) en la extensa búsqueda realizada por los investigadores internacionales no se hayan identificado casos en los tres años precedentes a la visita, y 3) en caso de importación, no se hayan identificado casos secundarios dentro del mes siguiente a la fecha del comienzo de la enfermedad del caso importado.

Una comisión internacional de certificación analizará los criterios respectivos basándose en los resultados de los estudios realizados y en la necesidad de incluir otros criterios para detectar el virus salvaje. Las actividades de vacunación deberán continuar hasta cuando se logre la erradicación global del virus.

2.8 Evaluación

Por reconocerse la naturaleza crítica de la evaluación para el éxito de la vigilancia y la detección y solución de problemas, se hará cada vez mayor hincapié en el componente de evaluación del PAI. Varios observadores internacionales participarán en las evaluaciones efectuadas en los países y se dará amplia distribución a los informes sobre los resultados.

A consecuencia de las dificultades inherentes en los sistemas ordinarios de información, en la mayoría de los países se realizarán encuestas de la cobertura, en las que se incluirán preguntas sobre las razones del cumplimiento y la inobservancia de lo dispuesto. Los resultados de esas encuestas se emplearán como base de modificación de las estrategias para optimizar la eficacia de las intervenciones.

Además de evaluar las operaciones de los programas de los países, se procederá a evaluar anualmente la red de laboratorios para prestar todo el apoyo necesario. Parte del proceso de evaluación de los laboratorios incluirá la realización de una nueva prueba de los especímenes originales por parte de los laboratorios de referencia y de los especímenes de referencia enviados por esos laboratorios a los laboratorios nacionales para fines de examen.

3. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

3.1 Nivel nacional

Se insta encarecidamente a cada país a que prepare un plan general para el PAI y a que suscriba un acuerdo con la OPS y otros organismos colaboradores. En dicho acuerdo deberá estipularse la colaboración

adicional que se necesita de la OPS y de otros organismos participantes para la realización de los planes nacionales de trabajo. Todos los organismos participantes de cada país deberán firmar el acuerdo. Los países que necesiten asesores técnicos a largo plazo deben aprobar su inclusión en el acuerdo y comprometerse a realizar esa actividad según las prioridades de asignación de recursos.

Además, se prestará cooperación técnica para la preparación de los planes nacionales de trabajo. Se llevarán inventarios completos de los recursos existentes y se identificarán las necesidades que es preciso atender para maximizar los aportes a las actividades de los programas. Se considerará la inclusión de asesores técnicos a largo plazo en los planes de los países del Grupo I.

Es indispensable disponer de financiamiento básico en el momento de formular los planes de acción y suscribir los acuerdos.

Se fomentará la participación de otros organismos internacionales en el momento de preparar los planes nacionales de trabajo para garantizar la coordinación necesaria con los organismos donantes. Puesto que cada uno de éstos tiene su propio mandato, la presencia de sus representantes garantizará el cumplimiento de ese mandato en cada caso y evitará la duplicación de esfuerzos comunes que puede ocurrir cuando existen varios proyectos separados. En los planes nacionales de trabajo se identificará la función de todos los organismos participantes en las actividades nacionales.

En los planes de acción se indicarán todos los recursos necesarios para lograr la meta de erradicación y se dará prioridad a la adquisición de los mismos.

Se solicitará a los países que nombren a una persona que pueda encargarse de las actividades de erradicación de la poliomielitis como miembro de la unidad del PAI a nivel central. Esa persona trabajará bajo la supervisión del administrador nacional del PAI (o puede ser este mismo), y tendrá plena responsabilidad por todos los componentes del programa de erradicación de la poliomielitis y dispondrá de los recursos al alcance del PAI.

En cada país, las actividades de erradicación se realizarán bajo la dirección de la oficina nacional del PAI para fortalecer su ejecución y facilitar el logro de los objetivos generales del mismo. Esa oficina supervisará las actividades de erradicación en todos los niveles y velará porque la coordinación con los laboratorios sea un asunto de la mayor prioridad y por identificar las necesidades de adiestramiento y organizar cursos apropiados para atender las necesidades existentes. Esa oficina servirá de punto focal para la identificación de cooperación externa y coordinación de asistencia extrasectorial.

3.2 Participación externa e internacional

A fin de encauzar las actividades de erradicación se formará un Grupo Técnico Asesor (GTA) compuesto por especialistas en inmunización y control de la poliomielitis (véanse los términos de referencia en el Apéndice V). El GTA estará formado por cinco personas y empleará los servicios de especialistas, según se necesiten para resolver problemas particulares. Cabe señalar que al menos uno de sus integrantes entrará a formar parte del Grupo Asesor Mundial (GAM) del PAI, a fin de ofrecer la coordinación necesaria con las actividades mundiales del PAI. El presidente del Grupo Técnico Asesor u otro representante del grupo participará en las reuniones de coordinación con otras entidades y organismos que trabajan por el mismo fin.

El GTA estará encargado de prestar asesoramiento en lo que respecta a los componentes técnicos del programa. Se analizarán las estrategias que es preciso emplear para lograr la cobertura de vacunación necesaria. Las recomendaciones relativas a los esquemas de vacunación y la elección de vacunas serán asuntos que se someterán a examen anualmente. El GTA ayudará a identificar las necesidades de investigación, supervisar los adelantos de los estudios en marcha y examinar los protocolos y los resultados. Se reunirá con la frecuencia necesaria (cada trimestre, semestre o año) para analizar los adelantos logrados y los problemas encontrados. Las recomendaciones del GTA se publicarán y distribuirán en toda la Región. La oficina del PAI de la OPS servirá de Secretaría del GTA. La primera reunión de este grupo se realizará en julio de 1985 con el objeto de examinar el Plan de Acción antes de la reunión del Consejo Directivo.

Para garantizar la coordinación de los aportes de todas las agencias internacionales, el Comité de Coordinación Interagencial, formado por representantes de todos las agencias internacionales (OPS, UNICEF, el Club Rotario Internacional, AID, BID y el Grupo Especial de Bellagio), participará en las actividades de erradicación. Ese Comité se reunirá siempre que sea necesario (cada trimestre, semestre o año) para analizar los adelantos logrados y determinar la asistencia necesaria. El Comité de Coordinación procurará conseguir la participación de los diversos organismos en la etapa de planificación nacional para garantizar la coordinación de los aportes de los organismos donantes a los países. La primera reunión del Comité de Coordinación se celebrará en julio de 1985 para analizar el Plan de Acción Regional e identificar la clase de asistencia que puede prestar cada uno de los organismos en las actividades aquí explicadas. La oficina del PAI de la OPS servirá de Secretaría del Comité de Coordinación.

Además, para garantizar la coordinación de la asistencia interorganismos, los organismos internacionales y la OPS deberían suscribir un acuerdo después de discutir el Plan de Acción. En dicho acuerdo se definirán las funciones de cada organismo participante. De esa forma, cuando se puntualicen otras necesidades, se habrán identificado previamente los organismos que mejor pueden responder.

3.3 Coordinación interna - OPS

La Oficina Regional del PAI coordinará todas las actividades relativas a la erradicación. Todos los informes y solicitudes de asistencia recibidos del exterior pasarán por la Oficina del PAI que, a su vez, coordinará la asistencia, según sea necesario, por intermedio de otras divisiones de la OPS. Esto reviste suma importancia para garantizar la compatibilidad y coordinación de las actividades regionales.

Se prestará cooperación técnica en todos los campos operativos de los programas por intermedio de la OPS y sus Países Miembros. Se facilitarán consultores expertos no pertenecientes a la Organización para prestar asistencia a medida que se presenten las necesidades. Esos consultores pueden incluir epidemiólogos, virólogos, técnicos de laboratorio, especialistas en la cadena de frío, expertos de los medios de información pública en educación sanitaria y economistas.

Se estima que se necesitarán de 10 a 11 epidemiólogos y asesores técnicos para trabajar en países del Grupo I. De preferencia se nombrarán personas naturales de cada país quienes estarán a cargo de ayudar a los Ministerios de Salud en la planificación y ejecución de las actividades de erradicación.

El personal nacional trabajará estrechamente con funcionarios homólogos del Ministerio de Salud en el trabajo de erradicación.

A nivel subregional (interpaíses), se necesitan siete puestos de epidemiólogo (de los cuales ya se han conseguido cinco) para trabajar de asesores técnicos a nivel internacional y prestar apoyo y asistencia en materia de supervisión al personal nacional (Apéndice II). Ayudarán a determinar las necesidades que exigen intervención especial en los países bajo su jurisdicción, participarán en las visitas de clasificación realizadas por los grupos de investigación y prestarán cooperación técnica directa, cuando proceda.

Además del personal nacional y subregional, se necesita personal de apoyo con el que pueda contar la Oficina del PAI a nivel regional. Esta actividad comprenderá el apoyo prestado por virólogos (con amplios conocimientos del trabajo de laboratorio) para ayudar a establecer una red de laboratorios en la Región (en la que se incluirán actividades de capacitación, supervisión, consecución de suministros y control de la calidad). También se necesita otro epidemiólogo que deberá ayudar a coordinar las actividades relativas a vigilancia epidemiológica, investigación de brotes, formulación de estrategias de inmunización y asistencia en materia de supervisión a los asesores subregionales. El aumento previsto del trabajo de acopio y elaboración de datos exigirá un mayor apoyo estadístico.

4. FINANCIAMIENTO Y COMPONENTES FINANCIEROS

4.1 Monto del financiamiento

A fin de cumplir con los objetivos fijados para 1990, se prevé que se necesitarán cerca de EUA$110 millones. Unas dos terceras partes de esa suma provendrán de los Países Miembros para sus propias actividades y una tercera parte de organismos donantes internacionales. Los demás costos relacionados con la certificación serán de un importe mucho menor y se calcularán a medida que se ejecute el programa. Se deberá contar con fondos en el momento de preparar los planes de acción, lo que permitirá realizar las actividades inmediatamente. Los costos externos proyectados de los componentes de la actividad de erradicación son los siguientes:

Costos proyectados	Total en EUA$
Personal	$ 7.100.000
Administración, información y documentación	1.100.000
Vacunas	10.773.000
Reuniones	950.000
Laboratorios	550.000
Capacitación	2.200.000
Actividades nacionales de movilización	5.250.000
Actividades de fomento	3.750.000
Cadena de frío	3.000.000
Evaluaciones	2.000.000
Investigaciones	2.000.000
Fondo de emergencia	6.000.000
Total, financiamiento externo	$44.473.000

En los Apéndices III y IV se presenta un desglose más detallado y un análisis financiero preliminar.

Debería disponerse de los servicios de un economista al preparar los planes de cada país, para fines de determinación del costo. Se procederá a hacer los cálculos del costo que incluirán sueldos del personal adicional, costos de transporte (inclusive transporte aéreo), viáticos, gastos previstos de investigación de casos sospechosos identificados, vehículos, gasolina, vacunas, equipo de cadena de frío y costos de establecimiento de laboratorios (inclusive de reactivos, transporte y envío de especímenes). Al formular el programa será preciso tener en cuenta todos los gastos permanentes y de capital. En los presupuestos habrá de incluirse el costo del empleo de los medios de información pública y la producción de material didáctico.

La OPS coordinará con todos los organismos participantes la búsqueda de los fondos necesarios para garantizar el logro de esta meta y podría servir de organismo coordinador de la asistencia financiera prestada para ese fin. Se tratará de conseguir ayuda del Grupo Especial de Bellagio para identificar otras fuentes de financiamiento. Se espera que en septiembre de 1985, cuando se reunirá de nuevo el Consejo Directivo, ya se hayan conseguido los fondos para cubrir las necesidades previstas al menos durante el primer año del programa.

Es importante que los fondos comprometidos se asignen y se pongan a disposición del país lo más pronto posible para poder realizar rápidamente las actividades previstas.

CRONOGRAMA (PROVISIONAL)

ACTIVIDAD	1985							1986					
	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1. Identificación del Grupo Técnico Asesor	=========												
2. Sección sobre poliomielitis en el Boletín del PAI	===	===	===	===	===	===	===	===	===	===	===	===	===
3. Evaluación de la clasificación de los países				==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========			
4. Evaluación de los laboratorios de la Región	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========						
5. Identifi. de grupos de investigación sobre poliomielitis		==========	==========	==========	==========	==========	==========						
6. Identificación y colocación del personal de la Oficina Regional del PAI/OPS		==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========			
7. Identificación y colocación de asesores subregionales del PAI/OPS		==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========			
8. Desarrollo de sistemas nacionales de vigilancia		==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========
9. Reuniones del GTA		===			===				===				===
10. Examen del Plan de Acción por parte del GTA		===											
11. Reuniones del Comité de Coordinación Interagencial		===		===					===				===
12. Capacitación de los equipos de investigación a nivel nacional			===		===		===			===			
13. Encuestas de la cobertura	=========												
14. Suscripción de acuerdo entre OPS y organismos internacionales				===									
15. Identificación de fuentes de financiamiento	==========	==========	==========										
16. Distribución de la traducción al español de la memoria del Simposio sobre Poliomielitis				===									
17. Distribución del manual OPS de erradicación de la poliomielitis				===									
18. Preparación del formulario normal de investigación de casos		==========											
19. Aprobación de una resolución por parte del Consejo Directivo				===									
20. Identificación y colocación del personal nacional del PAI/OPS					==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========	==========
21. Reuniones de los administradores del PAI						===		===					
22. Manual de laboratorio						===							
23. Identificación de las necesidades de investigación (GTA)								===					
24. Taller para el personal de laboratorio									===				
25. Criterios de certificación de la erradicación										===			

APENDICE I

CLASIFICACION PRELIMINAR DE LOS PAISES DE LAS AMERICAS
SEGUN LA ACTIVIDAD DE LA POLIOMIELITIS Y LA COBERTURA DE LA VACUNACION

Grupo I: Países infectados por poliomielitis. Son los países que notifican casos autóctonos causados por la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el trienio precedente.

Argentina	Guatemala*	Paraguay*
Bolivia*	Guayana Francesa	Perú*
Brasil*	Haití*	República Dominicana
Colombia	Honduras*	Suriname
Ecuador*	Jamaica*	Venezuela
El Salvador*	México*	

*Países donde se pueden nombrar asesores técnicos nacionales.

Grupo II: Países exentos de poliomielitis. Esos son los países que no notifican ningún caso autóctono causado por transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el trienio precedente. Este grupo se subdividirá en dos categorías, a saber:

Grupo II-A: Países de mayor riesgo. Estos son los países que tienen una cobertura de vacunación inferior al 80% de los niños menores de un año en cualquiera de los tres años precedentes.

Anguila	Costa Rica	Islas Turcas y Caicos
Bahamas	Dominica	Nicaragua
Barbados	Grenada	Panamá
Belice	Guyana	Trinidad y Tabago
Bermuda	Islas Vírgenes Británicas	Uruguay

Grupo II-B: Países de menor riesgo. Estos son los países que han mantenido una cobertura de vacunación superior o igual al 80% de los niños menores de 1 año en cada uno de los tres años precedentes.

Antigua y Barbuda	Islas Caimán	San Martín y Bartolomé
Antillas Neerlandesas	Islas Vírgenes (EUA)	San Vicente y las Grenadinas
Canadá	Martinica	Santa Lucía
Chile	Montserrat	Estados Unidos de América
Cuba	Puerto Rico	
Guadalupe	San Cristóbal y Nieves	

APENDICE II

SUBREGIONALIZACION PROPUESTA DE LAS ACTIVIDADES DE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS Y UBICACION DE LOS ASESORES SUBREGIONALES

Ubicación del asesor	Países de la subregión
Guatemala	Guatemala El Salvador Nicaragua Panamá Honduras
México	México Belice Costa Rica
Haití	Haití República Dominicana
Colombia	Colombia Venezuela Ecuador
Perú	Perú Bolivia
Brasil	Brasil Argentina Uruguay Chile Paraguay
Trinidad y Tabago (CAREC)	Países de habla inglesa del Caribe y Suriname

APENDICE III

DESGLOSE DE COSTOS

Personal ($1.850.000 disponibles en la OPS) $7.100.000

De dedicación exclusiva - 11 a $30.000 anuales
por 5 años = $1.650.000
Subregional - 2 a $100.000 anuales por 5 años = $2.000.000
Consultores a corto plazo - 2 a $8.000 mensuales
por 200 meses = $1.600.000

Vacuna $10.773.000

12 a 10^6 niños menores de 1 año (1984) x 5 = 60 x 10^6 (1er año)
12 x 10^6 niños menores de 1 año (1984) x 4 años = 48 x 10^6
Total = 108 x 10^6 niños que deben inmunizarse a razón de
3 dosis por niño = 324 x 10^6 dosis x 1,33 (desperdicio) = 430 x 10^6
a $0,025 la dosis = $10.773.000
(Primer año = $5.985.000)
(Años 2, 3, 4 y 5 a $1.197.000 anuales)

Reuniones . . . . . (aproximadamente) $ 950.000

GTA -- 3 reuniones anuales por 5 años = $257.250
7 personas x 3 días por reunión a $150 diarios = $3.150
Viajes a $2.000 por persona = $14.000

PEP -- Personal que trabaja en erradicación de la poliomielitis-
(coordinadores nacionales):
36 países por 2 personas por país = 72 personas
15 funcionarios regionales
5 consultores expertos
Viajes a razón de $1.000 por persona = $92.000
Viáticos a razón de $100 diarios por persona por 3 días = $300
Una reunión anual por 5 años = $598.000

CCI -- (Comité de Coordinación Interagencial)
3 reuniones anuales por 5 años = $90.000
10 personas por un día de reunión a $100 diarios = $1.000
Viajes a $500 por persona = $5.000

Laboratorios . . . . . $ 550.000

6 laboratorios de diagnóstico de virus a $40.000 por laboratorio = $240.000

2 laboratorios con capacidad de trazado de oligonucleótidos a $80.000 por laboratorio = $160.000

Suministros para los laboratorios de diagnóstico de virus a $10.000 anuales por 5 años = $50.000

Suministros para trazado de oligonucléotidos a $10.000 anuales por 5 años = $50.000

Envío de especímenes a $200 por espécimen x 500 especímenes anuales = $10.000
$10.000 por 5 años = $50.000

Costos de movilización del personal nacional $5.250.000
(Viajes y viáticos)

Costos de promoción $3.750.000
(radio, televisión y prensa)

Capacitación $2.000.000

Cadena de frío $3.000.000

Evaluaciones $2.000.000

Encuestas de cobertura - $35.000 por encuesta por 10 encuestas anuales por 4 años = $1.400.000
Evaluaciones de países - $15.000 por evaluación por 10 evaluaciones al año x 4 años = $600.000

Investigaciones $2.000.000

Fondo de emergencia $6.000.000

APENDICE IV

ANALISIS FINANCIERO PRELIMINAR

Empleando las estimaciones de población para la Región correspondientes a 1984, se calcula que hay 16 millones de niños menores de un año que se beneficiarían de este programa anualmente. Con el plan de inmunizar a todos los niños menores de 5 años durante el primer año y a todos los menores de un año en años subsiguientes, para 1990 el número de beneficiarios previsto habrá aumentado a 144 millones.

Aunque en la actualidad no es posible calcular todos los beneficios socioeconómicos, un análisis de costo-beneficio del programa de control de la poliomielitis en Brasil realizado en 1983 indicó un ahorro de EUA$20 millones entre 1980 y 1983. (Esos cálculos se basan en un costo de $271 por caso por atención de cada caso agudo y de $2.400 por rehabilitación en un período de diez años; la pérdida de productividad y su costo para la sociedad no se han incluido en este cálculo.)

Antes de ejecutar el PAI en la Región de las Américas, se notificaban en promedio más de 3.000 casos y cerca de 350 defunciones por poliomielitis anualmente en la Región. Reconociendo el grave problema de la notificación insuficiente, se puede calcular con bastante seguridad la verdadera morbilidad, multiplicando esas cifras por un factor de 5, como mínimo. En un estudio efectuado en 1977 se estimó que el costo promedio de la atención de cada caso agudo de poliomielitis en los hospitales era de EUA$253 (oscilando entre $100 y $800). Al emplear las estimaciones hechas en Brasil de los costos de rehabilitación de $2.400 por caso, el costo para la Región aumenta a cerca de $40 millones anuales (3.000 casos por 5 por $2.653 por caso tratado equivalen a $39,8 millones). En este cálculo se supone que todos los casos agudos reciben máxima atención y se someten a rehabilitación; no se incluyen aquí las pérdidas de ingreso por parálisis ni la pérdida de la vida.

La erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis le costará a la Región cerca de $110 millones en los próximos cinco años, o sea $22 millones anuales. El ahorro en costos médicos en ese período sería de unos $200 millones, de manera que habría un ahorro neto igual al costo del programa de erradicación. Por supuesto, el ahorro continuará creciendo después de terminar la campaña quinquenal de erradicación. De 1990 en adelante, el costo de vacunación y de mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis deberá reducirse sólo a $5 millones anuales mientras que el ahorro en costos médicos--en comparación con la situación predominante antes de la institución del PAI--seguirá siendo de cerca de $40 millones anuales, lo que deja un ahorro neto de $35 millones anuales.

Los ahorros logrados en el futuro deben descontarse, para fines de comparación con el ahorro inmediato. Si se emplea un tipo de descuento de 10% (según el cual un dólar ahorrado hoy vale $1,10 el año entrante), desde 1985 hasta finales del siglo, el valor descontado actual (VDA) del ahorro de la erradicación de la poliomielitis no será inferior a $230 millones. En esta estimación se incluye un ahorro de $83,4 millones en los cinco años de la campaña de erradicación (menos de $100 millones por causa del descuento entre 1987 y 1990), y de $146,9 millones en el próximo decenio (esta cifra es inferior a la que se obtiene al multiplicar diez años por $35 millones porque los ahorros del primer año, en 1991, se descuentan a sólo $21,7 millones y en los años subsiguientes en una proporción mucho mayor). Esta aproximación indica que, para el año 2000, la erradicación de la poliomielitis pagará su propio costo 2,3 veces a consecuencia de la reducción de los costos médicos únicamente.

Esta conclusión, por supuesto, cobra aún mayor fuerza si se tiene en cuenta la reducción de la productividad y, por ende, el menor ingreso que reciben durante su vida las víctimas de la poliomielitis. Suponiendo que sólo el 40% de esas personas habrían formado parte de la fuerza de trabajo en su vida adulta y que, por tanto, habrían contribuido a engrosar el producto nacional bruto y ganado además una quinta parte de lo que devengan en promedio todos los trabajadores, por su falta de escolaridad y poca productividad, la pérdida de ingresos de cada persona afectada por la forma paralítica de la poliomielitis sería del orden de $650 anuales. Durante una vida productiva limitada a 37 años hábiles (de los 18 a los 55 años), el VDA es de $1.250 por persona, teniendo en cuenta que la poliomielitis afecta a sus víctimas en los dos primeros años de vida, de manera que el ingreso que comienza a devengarse a los 20 años se descuenta en gran proporción. El ahorro de la prevención de 15.000 casos de poliomielitis equivaldría a otros $16,8 millones en los primeros años o sea una suma casi igual al costo anual de la campaña de erradicación. Desde 1985 hasta el año 2000, el ahorro total sería de $127,6 millones, más que el costo total de erradicación.

APENDICE V

TERMINOS DE REFERENCIA DEL GRUPO TECNICO ASESOR (GTA) DEL PAI/OPS

1. Según el Plan de Acción para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas en 1990, deberá constituirse un Grupo Técnico Asesor (GTA) para ayudar a la Secretaría de la OPS en su ejecución.

2. Para lograr lo anterior, el Director procederá a nombrar a un destacado grupo de consultores para asesorar a la OPS en el trabajo de aceleración del Programa Ampliado de Inmunización en las Américas y en las actividades de erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región en 1990.

   El Grupo Técnico Asesor estará formado por cinco personas que trabajarán con la asistencia de otros consultores y/o grupos de estudio en casos específicos.

3. El Grupo Técnico Asesor desempeñará las siguientes funciones:

   a) Orientará a la Secretaría de la OPS en lo que respecta a las prioridades del programa en los próximos cinco años;

   b) Asesorará y guiará a la Secretaría de la OPS en lo relativo a las estrategias y tácticas óptimas para lograr las metas generales del PAI y erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas en 1990;

   c) Vigilar la ejecución del Plan de Acción Regional para lograr las metas citadas;

   d) Fomentar la comprensión y el apoyo de los objetivos del programa entre las instituciones técnicas y los organismos bilaterales, multilaterales y privados así como entre los dirigentes políticos;

   e) Participar en misiones de evaluación de programas y en reuniones a nivel de los países.

4. Los miembros del Grupo Técnico Asesor serán nombrados por el Director por un período de un año, que se prorrogará si lo estima conveniente.

5. Al menos un miembro del GTA debe formar parte del Grupo Asesor Mundial (GAM) del PAI. Al menos un miembro del GTA también debe participar en las reuniones de otras entidades y organizaciones para asegurar la debida coordinación y un buen intercambio de información.

6. Las reuniones del GTA se celebrarán cuando se estime conveniente, de ordinario dos veces al año, y se preparará un informe de cada reunión para hacerlo circular a los interesados.