

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIX Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1983

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXXV Reunión



INDEXED

15867

Tema 23 del programa provisional

CD29/23 (Esp.)
5 agosto 1983
ORIGINAL: INGLES

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

Informe del Director sobre la marcha de las actividades

Este informe sobre la marcha de las actividades se presentó a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo para su estudio, en respuesta a la Resolución XXI de la XXVI Reunión del Consejo Directivo (1979). En el informe se describe el progreso realizado y los efectos del programa, en general insuficientes, señalándose que, si no se realizan progresos rápidos, no se alcanzará la meta de proporcionar servicios de inmunización a todos los niños en el año 1990.

Se pide a los miembros del Consejo Directivo que analicen el informe y estudien la resolución que el Comité Ejecutivo ha propuesto al Consejo. Esta resolución figura en la Sección 4 de este documento.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

Informe del Director sobre la marcha de las actividades1. Antecedentes y base de política

1.1 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. Por Resolución WHA30.53, aprobada en mayo de 1977, se adoptaron políticas generales de programas, incluso la meta del PAI de proporcionar servicios de inmunización a todos los niños del mundo en el año 1990. La resolución CD25.R27 del Consejo Directivo de la OPS, de septiembre de 1977, hizo suyas esas metas y políticas. En la Resolución WPA31.53, aprobada en mayo de 1978, y en la declaración de Alma Ata de septiembre de 1978 se pone de relieve la importancia del PAI como componente esencial de la atención primaria y materno-infantil.

En septiembre de 1978, por Resolución XVI CSP20.R16 de la XY Conferencia Sanitaria Panamericana, se estableció el Fondo Rotatorio del PAI para la adquisición de vacunas, y en septiembre de 1979, por Resolución CD26.R21 de la XXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, se pidió al Director que reasignara fondos y otros recursos de programas afines para fortalecer el PAI y establecer un punto focal regional para la elaboración de equipo para la cadena de frío.

En mayo de 1982, la Asamblea Mundial de la Salud, mediante la resolución WHA35.31, recomendó a los Estados Miembros que aplicaran un programa de acción de cinco puntos para fortalecer la marcha de las actividades del PAI, de manera que alcance las metas para el año 1990.

Los objetivos a largo plazo del PAI son los siguientes:

- Reducir la morbilidad y mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis, proporcionando servicios de inmunización contra esas enfermedades a todos los niños del mundo en el año 1990 (pueden incluirse otras enfermedades escogidas en los casos y en los lugares pertinentes);
- Promover la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios de inmunización dentro del marco de los servicios generales de salud;
- Fomentar la autosuficiencia regional en materia de producción de vacunas y de control de la calidad.

El PAI requiere un compromiso a largo plazo con la continuidad de las actividades de inmunización, y es un elemento esencial de la estrategia de la OPS/OMS para alcanzar la meta de salud para todos en el

año 2000. Entre los indicadores sugeridos para vigilar el resultado de la estrategia a escala regional y mundial se ha incluido la cobertura de inmunización.

2. Resumen del progreso realizado hasta la fecha

Todos los países de la Región de las Américas se han comprometido a aplicar el programa. Los cinco campos principales de cooperación técnica de la OPS son el adiestramiento, la adquisición de vacunas y suministros afines mediante un Fondo Rotatorio, la elaboración y la implantación de la cadena de frío, el establecimiento de sistemas de difusión de información sobre inmunización y la evaluación completa del programa. También se prevé el fomento de la investigación operativa, especialmente en cuanto a la morbilidad y mortalidad de las enfermedades y la eficacia de las distintas estrategias del programa por relación al costo.

2.1. Adiestramiento e investigaciones

Uno de los principales componentes del PAI es el adiestramiento del personal de salud de todos los niveles en los distintos aspectos de la planificación, ejecución y evaluación del programa. Los materiales básicos son los cinco módulos de los talleres del PAI, que cubren la epidemiología de las enfermedades, las vacunas, la cadena de frío, la programación local y la evaluación. Desde principios de 1979, cuando comenzaron las actividades de adiestramiento del PAI, hasta fines de 1982, casi 10,000 agentes de salud han participado en esos talleres (Cuadro 1). Se han distribuido más de 9,000 módulos del PAI en la Región, de modo directo por el PAI o mediante el Programa de Libros de Texto de la OPS.

CUADRO 1. Número de talleres nacionales y locales del PAI y número de participantes. Región de las Américas, 1979-1982

Subregión	Cursos nacionales	Número de participantes	Cursos locales	Número de participantes
Caribe	20	404	8	186
Mesoamérica	8	309	27	888
América del Sur Tropical	10	542	104	5,477
América del Sur Templada	2	104	74	2,001
Total	40	1,359	213	8,552

Además, en 1982, el Punto Focal Regional para la Elaboración de Equipo para la Cadena de Frío, establecido por la OPS en colaboración con el CIMDER (Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo Rural), y la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, organizaron talleres especiales de adiestramiento sobre la reparación y el mantenimiento de equipo para la cadena de frío. En el primer curso, celebrado en Buenaventura, Colombia, participaron técnicos de Colombia, Honduras y Paraguay especializados en la cadena de frío, que recibieron adiestramiento sobre los conceptos básicos de la identificación de problemas y la reparación de refrigeradores defectuosos. Teniendo en cuenta los dos cursos sobre mantenimiento de equipo para la cadena de frío celebrados en Perú en 1981, el número de técnicos adiestrados en la Región asciende a más de 25.

A medida que el PAI entra en la fase de plena ejecución en todos los países de la Región, es preciso que el centro de formulación y fomento del programa se transfiera del personal regional y nacional de la OPS al personal nacional que trabaja en el marco de las instituciones nacionales. Con ese cambio es posible elaborar y mejorar continuamente el programa mediante el adiestramiento, la evaluación y las investigaciones operativas, ya que el personal de esas instituciones tiene que resolver los múltiples problemas técnicos y de gestión que impiden alcanzar las metas del programa. A medida que una institución desarrolla esa capacidad de apoyo a escala nacional con buenos resultados puede desempeñar una función más activa, prestando apoyo similar a escala internacional y participando en la cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD), con la meta a largo plazo de fomentar el establecimiento de instituciones similares en otros países.

Para alcanzar las metas citadas, la OPS ha celebrado acuerdos con el Gobierno de Colombia para establecer el Punto Focal Regional para la Elaboración de Equipo para la Cadena de Frío; y con el Gobierno del Brasil, para apoyar una institución de adiestramiento e investigaciones, junto con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de Río de Janeiro y la Fundación de Servicios de Salud Pública (FSESP). La Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro está preparando material didáctico en colaboración con el Ministerio de Salud, especialmente para uso a escala local, prestando especial atención a la vigilancia de las enfermedades, y participa en el adiestramiento del personal de salud a escala estatal.

Se llevó a cabo un estudio cooperativo para conocer la edad más apropiada para la inmunización contra el sarampión en América Latina, en colaboración con los ministerios de salud de Brasil, Chile, Costa Rica y Ecuador. Los resultados de ese estudio se han difundido en el Boletín de la OPS.

También se iniciaron investigaciones operativas, especialmente sobre la morbilidad y mortalidad del sarampión y del tétanos neonatal, y sobre la eficacia de las distintas estrategias de servicios de vacunación por relación al costo. Se dispondrá de los resultados de esos estudios a principios de 1983.

En cuanto a las investigaciones y al desarrollo de la cadena de frío, el Punto Focal Regional de Cali, Colombia, ha iniciado un programa de ensayos a escala mundial para señalar el equipo apropiado que debe emplearse en la cadena de frío. Se han probado varias cajas frías de la Región y se ha notificado a los países acerca de los resultados. En esa instalación también se están probando refrigeradores fabricados en los Estados Unidos de América, Europa, Africa y Asia. También se están llevando a cabo estudios sobre cronómetros y termómetros para vigilar la manipulación de vacunas durante el transporte y el almacenamiento. Otra técnica que comenzó a probarse en la práctica a fines de 1982 es un indicador de la potencia de la vacuna contra el sarampión durante su permanencia en la cadena de frío. Se dispondrá de los resultados de ese estudio dentro de dos años.

2.2 Fondo Rotatorio

En 1982, el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se enfrentó con nuevos problemas causados por la crisis económica en los países de la Región y la recesión mundial. Debido a las fuertes devaluaciones de la moneda de varios países, el Fondo Rotatorio no pudo aceptar monedas locales en pago de pedidos de vacunas, teniendo por lo tanto que solicitar a varios países el pago en dólares estadounidenses. Como consecuencia de la recesión mundial y de la escasez de monedas fuertes para llevar a cabo sus operaciones, esos países se enfrentaron con más dificultades.

La escasez de monedas fuertes y las devaluaciones de las monedas locales colocaron una carga adicional sobre el Fondo Rotatorio en cuanto al cumplimiento de su obligación de aceptar monedas locales en pago de vacunas y suministros afines. Es posible que ese problema se agrave en 1983, colocando una carga adicional a escala nacional, y hasta interrumpiendo los suministros de vacunas.

A pesar de los problemas financieros citados con que se enfrentan el Fondo Rotatorio y sus miembros, la adquisiciones del Fondo han ayudado a controlar los costos de las vacunas durante un período de rápida inflación. A pesar de que los precios de los productos farmacéuticos han aumentado en un 41.4%, solo los precios de las vacunas contra la poliomielitis y el sarampión han aumentado (en un 33-35%), mientras que han disminuido los precios de las demás vacunas del PAI. El fondo Rotatorio del PAI beneficia a los fabricantes porque facilita la planificación de la producción y asegura una corriente de fondos estable.

En el Cuadro 2 figura un resumen de los cambios porcentuales en el precio de las vacunas del PAI en los períodos 1979-1983 y 1982-1983. Las cifras revelan que, aunque los precios generales de las vacunas contra el sarampión (una dosis) y la poliomielitis (10 y 20 dosis) han aumentado por comparación con los precios de 1979, han disminuido desde 1982. En general, el Fondo ha podido proporcionar vacunas de buena calidad a precios bajos.

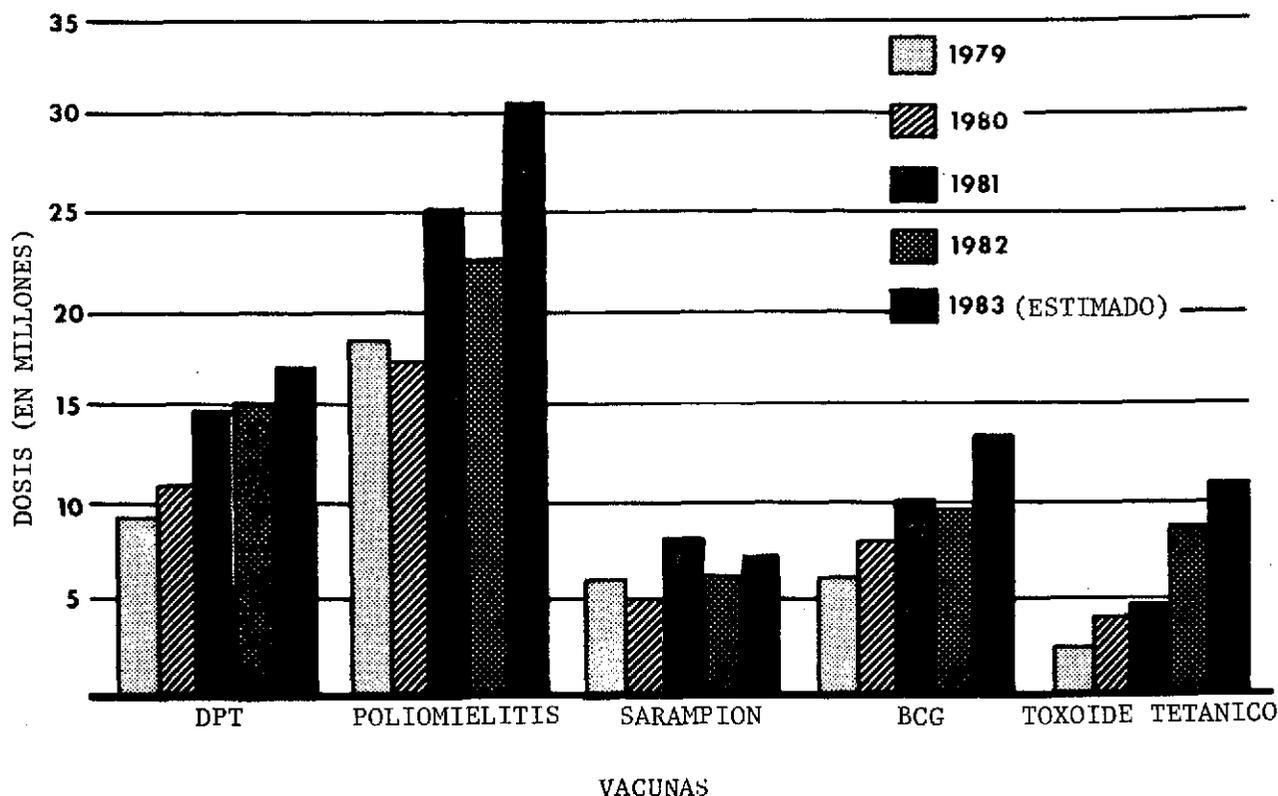
CUADRO 2. Precios de las vacunas del PAI (franco a bordo), 1979-1983

Vacuna	Tamaño del frasco ámpula (dosis)	Enero 1979- Julio 1980- Julio 1981- Enero- Enero- Junio 1980 Junio 1981 Dic. 1981 Dic. 1982 Dic. 1983				Cambio porcentual en el precio 1979-1983 1982-1983		
		Enero 1979- Junio 1980	Julio 1980- Junio 1981	Julio- Dic. 1981	Enero- Dic. 1982		Enero- Dic. 1983	
Poliomielitis	10	.022	.025	.035/.036*	.0297	.028	+27%	- 6%
	20	.019	.021	.029/.026*	.0253	.0205	+ 8%	-19%
	50	Ningún contrato en vigencia 1979-1981		.0199	.0195		--	- 2%
Sarampión	1	.33	.28	.302	.385	.365	+11%	- 5%
	10	.14	.099	.106	.1278	.071	-49%	-45%
DPT	10	.038	.041	.041	.0337	.0229	-40%	-30%
	20	.037	.034	.034	.0256	.0177	-52%	-30%
TT	10	.026	.026	.026	.0223	.015	-42%	-33%
	20	.021	.023	.025	.0173	.011	-48%	-36%
BCG	10	Ningún contrato en vigencia 1979-1981		.0996	.0933		--	- 6%
	20	.055	.059	.054	.0486	.0551	+ 7%	+13%
	50	.029	.031	.027	.0249	.0274	- 6%	+10%
DT (adultos)	10	(Ningún contrato en vigencia 1979-1982)		.025	.025		--	--
	20	(Ningún contrato en vigencia 1979-1982)		.0155	.0155		--	--
DT (niños)	10	(Ningún contrato en vigencia 1979-1982)		.0101	.0101		--	--
	20	(Ningún contrato en vigencia 1979-1982)		.0155	.0155		--	--

* Durante este período, dos fabricantes proporcionaron vacuna contra la poliomielititis.

En la Figura 1 aparece el número de dosis de cada una de las cinco vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio para el período 1979-1982 y las necesidades previstas para 1983. Se puede observar que ha aumentado considerablemente la cantidad de vacunas adquiridas durante los últimos cuatro años.

FIGURA 1. Adquisiciones de vacunas por medio del Fondo Rotatorio, en dosis 1979-1983



Entre los miembros actuales del Fondo se encuentran los países y territorios que aparecen en el Cuadro 3, que representan aproximadamente el 45% de la población de América Latina y el Caribe.

CUADRO 3. Miembros del Fondo Rotatorio del PAI

Anguila	Ecuador	Panamá
Antigua	El Salvador	Paraguay
Argentina	Grenada	Perú
Bahamas	Guatemala	República Dominicana
Barbados	Guyana	San Cristóbal
Belice	Honduras	San Vicente y Granadinas
Bolivia	Islas Caimán	Santa Lucía
Chile	Islas Vírgenes Británicas	Suriname
Colombia	Jamaica	Trinidad y Tabago
Costa Rica	Montserrat	Turcos y Caicos
Dominica	Nicaragua	Uruguay

A fines de 1982 se sabía que la calidad de las vacunas empleadas en más del 95% de los países y territorios de las Américas cumplía los requisitos establecidos por la OMS.

Durante los primeros cuatro años de operación, el Fondo Rotatorio del PAI recibió pedidos de vacunas por valor de más de EUA\$18 millones (Cuadro 4).

CUADRO 4. Valor en dólares de las vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio del PAI, 1979-1983

Año	Valor (EUA\$)
1979	2,259,064
1980	3,250,178
1981	4,303,246
1982	4,209,548
1983 (previsto)	3,979,342
Total	18,001,378

Aunque el Fondo Rotatorio del PAI ha podido atender muchos de los pedidos de vacunas y suministros, los recursos del Fondo se agotaron en 1982. En el transcurso de ese año fue preciso suspender varios pedidos de vacunas hasta que hubiera fondos disponibles. En algunos casos se pidió a los países que efectuaran un pago anticipado en dólares estadounidenses debido a la falta de capital.

Es evidente la necesidad de continuar la expansión del PAI, que ha demostrado ser eficaz en la prevención de numerosos casos de enfermedades debilitadoras. Sin embargo, para atender la demanda, será preciso aumentar los recursos del Fondo Rotatorio del PAI al nivel de capitalización autorizado, o sea EUA\$4 millones.

El Fondo tiene actualmente un capital de EUA\$2,314 millones, lo que significa que existe un déficit de capital de EUA\$1,686 millones. Ese déficit de capital ha causado considerables problemas para sus operaciones, algunos de los cuales se enumeran a continuación.

- a) Limitaciones de las operaciones, porque los países no pueden adquirir suministros suficientes de equipo para la cadena de frío, jeringas y agujas hipodérmicas por medio del Fondo;
- b) Demoras de los pedidos trimestrales de vacunas, que interrumpen la marcha de los programas y las actividades de inmunización a escala nacional;
- c) Necesidad frecuente de que los países que efectúan grandes pedidos paguen un depósito en dólares estadounidenses, lo que altera la corriente uniforme de vacunas debido a la dificultad con que se enfrentan esos países de disponer de moneda fuerte, interrumpe el programa de inmunización y puede empeorar las condiciones de salud en los países.

Teniendo en cuenta que los recursos de que dispone el sector de salud son cada vez más escasos en los países latinoamericanos, que se enfrentan con graves problemas económicos y con una carga creciente de la deuda y de los costos del petróleo, es evidente que hay que adjudicar prioridad a soluciones eficaces por relación al costo para la prevención de las enfermedades, como el Fondo Rotatorio del PAI.

2.3 Evaluación de los programas

Dado que la mayoría de los países están dirigiendo sus actividades al aumento de la cobertura de inmunización, especialmente de los grupos de alto riesgo de niños menores de un año y de mujeres gestantes, la evaluación de los programas adquiere mayor importancia porque permite a las autoridades nacionales señalar los problemas de la ejecución, analizar posibles opciones para resolverlos y, en consecuencia, corregir la programación.

La OPS ha elaborado y ensayado una metodología completa de evaluación multidisciplinaria, que se aplicó por primera vez en Colombia y en Bolivia a fines de 1980.

La metodología de evaluación requiere la participación de un equipo multidisciplinario del Ministerio de Salud que trabaja de manera conjunta durante dos semanas. En la primera semana se analizan todos los

datos disponibles sobre la ejecución del programa y se visitan algunos centros asistenciales escogidos de los países, para acopiar información adicional y efectuar entrevistas con el personal de salud y los miembros de la comunidad. Durante la segunda semana se trabaja en el nivel central del Ministerio de Salud, con entrevistas y análisis de actividades llevados a cabo por todas las unidades del Minsiterio relacionadas con las actividades de inmunización. A fines de la segunda semana se prepara un informe completo, puntualizando los principales problemas y las soluciones propuestas en forma de recomendaciones, que se organizan según los siguientes temas: programación, estrategias y tácticas, supervisión, suministro de vacunas y logística de la cadena de frío, promoción y participación de la comunidad, coordinación, adiestramiento, sistemas de información, vigilancia epidemiológica y financiamiento. Luego se prepara un plan pormenorizado de trabajo, en el que se señalan todas las actividades recomendadas y la unidad del Ministerio de Salud encargada de aplicarlas.

Desde 1980 hasta fines de 1982 se llevaron a cabo evaluaciones en Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Honduras, Perú y Uruguay. En Colombia y Ecuador ya se han efectuado evaluaciones de seguimiento, incluso el análisis de la aplicación de las recomendaciones y los planes de trabajo previos. Esas evaluaciones revelan que la mayoría de los países han realizado progresos considerables, especialmente en el campo de adiestramiento de personal, suministro de vacunas, cadena de frío, planificación de programas y administración.

Sin embargo, en la mayoría de los países, los niveles de inmunización de niños menores de un año han permanecido bajos. El Cuadro 5 incluye la cobertura de vacunación de cada país correspondiente a 1982, según los datos disponibles.

CUADRO 5

Porcentaje de cobertura de vacunación de niños menores de un año, por tipo de vacuna y dosis, y tasas de abandono. Región de las Américas, 1982.

Subregión y país	Menores de 1 años	Cobertura (%) de niños menores de un año							
		DPT 1ra dosis	DPT 3ra dosis	Tasa de abandono	POLIO 1ra dosis	POLIO 3ra dosis	Tasa de abandono	Sarampion	BCG
AMERICA DEL NORTE									
Canadá	390,000	...	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	3,911,000	...	...	...	...	...	...	...	...
CARIBE									
Antigua and Barbuda	1,161	...	78.9	...	...	85.9	...	...	...
Bahamas	5,506	...	68.7	...	...	67.3	...	64.8	...
Barbados	4,346	...	62.2	...	...	62.6	...	53.1	...
Belice	5,867	...	49.7	...	...	52.3	...	42.8	75.2
Cuba	161,169	83.1	67.0	19.4	81.3	82.0 ^b	...	54.3	95.9
Dominica	1,648	...	100.0 ^a	...	...	72.8	...	42.6	48.4
República Dominicana	182,000	75.3	30.1	61.0	93.7	38.7	59.0	26.4	51.6
Grenada	2,400	...	56.0	...	...	61.1	...	5.7	...
Haití	192,000	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	65,859	...	33.8	...	...	72.0	...	12.0	26.6
Santa Lucía	3,800	...	79.1	...	...	81.2	...	43.3	59.5
San Vicente y Granadinas	3,118	...	67.3	...	...	99.1	...	40.2	...
Trinidad y Tabago	26,300	...	53.8	...	...	58.5	...	...	...
MESOAMERICA CONTINENTAL									
Costa Rica	64,000	100.0 ^a	88.2	11.8	100.0 ^a	100.0 ^a	...	97.0	...
El Salvador	192,000	55.7	43.9 ^b	...	56.7	43.9 ^b	...	44.5	47.3
Guatemala	312,198	75.7	45.8 ^b	...	73.8	45.4 ^b	...	12.2	28.0
Honduras	160,000	94.8	53.0	44.0	95.0	54.1	43.0	55.7	57.4
México	2,847,000	41.7	22.7	45.6	100.0 ^a	73.2	26.8	8.3	25.4
Nicaragua	119,000	98.7	26.8	73.0	...	71.9	...	40.2	81.8
Panamá	54,129	...	62.8	...	...	63.2	...	66.3	86.3
AMERICA DEL SUR TROPICAL									
Bolivia	216,000	40.7	12.4	70.0	43.2	13.1	70.0	15.0	33.1
Brasil	3,811,116	...	53.4	...	100.0 ^a	100.0 ^{a,b}	...	64.0	60.8
Colombia	940,000	47.7	21.0	56.0	48.8	21.7	56.0	22.4	53.2
Ecuador	334,000	65.3	26.1	60.0	64.6	25.9	60.0	33.1	77.0
Guyana	20,500	...	53.3	...	...	73.1	...	67.5	77.5
Paraguay	122,000	...	39.0	...	...	43.0	...	34.0	47.0
Perú	661,000	46.5	21.6	54.0	46.6	21.5	54.0	29.3	59.5
Suriname	10,000	...	60.8	...	...	58.1	...	...	...
Venezuela	496,000	93.7	70.6	25.0	63.7	42.5	34.0	35.8	...
AMERICA DEL SUR TEMPLADA									
Argentina	555,000	100.0 ^a	66.1	34.0	100.0 ^a	100.0 ^a	...	11.2	82.6
Chile	274,000	98.1	93.7	5.0	97.8	82.5 ^b	...	92.5	93.9
Uruguay	56,000	97.8	63.1	36.0	94.8	70.0 ^b	26.2	56.8	30.9

^aCifras estimadas. El número de dosis notificado excedió al de población prevista

^b2a dosis

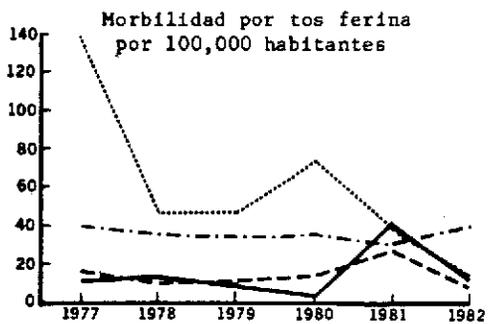
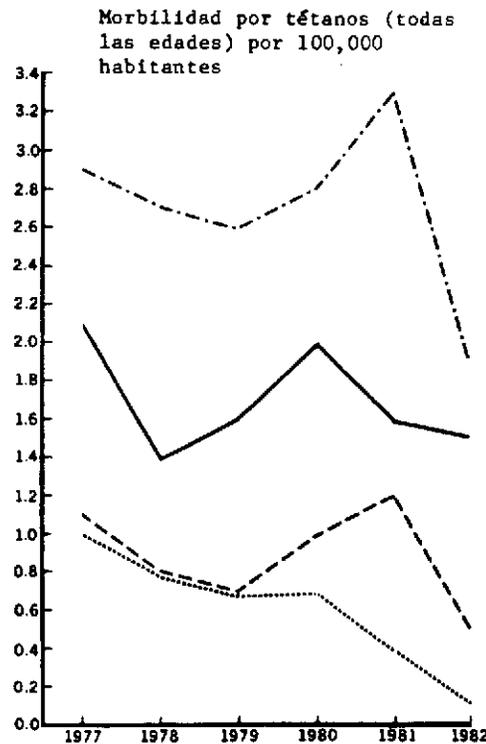
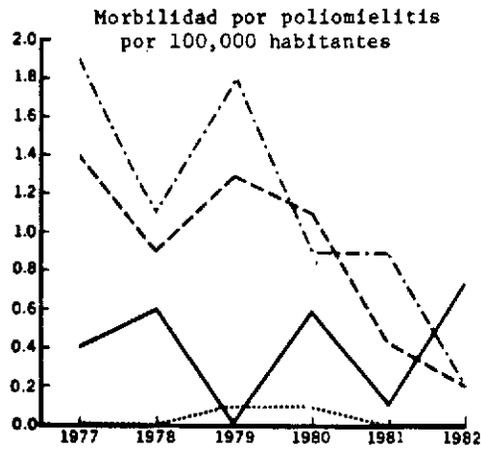
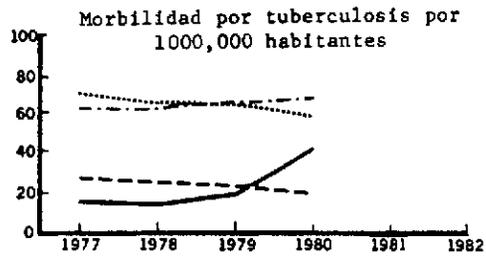
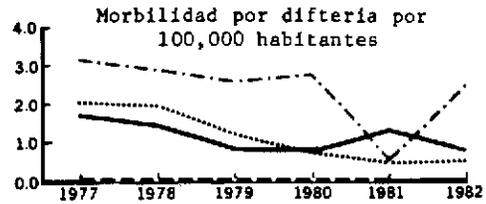
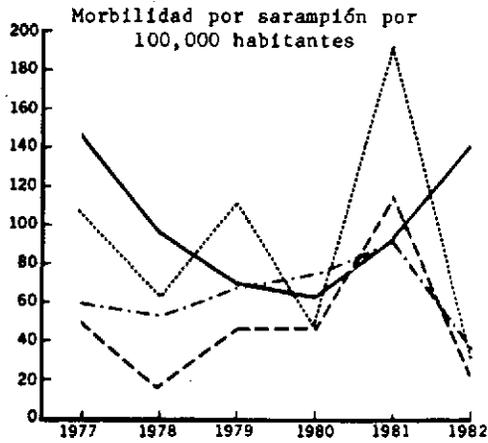
... No se dispone de datos

Un factor importante que afecta la cobertura de los niños menores de un año es la alta tasa de abandono que se produce entre la primera y tercera dosis de las vacunas de dosis múltiples como la DPT y la antipoliomielítica. Según los datos disponibles de algunas subregiones, las tasas de abandono superan el 50%, probablemente debido a la falta de sistemas de seguimiento y de participación de la comunidad en las actividades de inmunización. En el Cuadro 5 figuran las tasas de abandono de los países que notificaron cobertura con la primera y la tercera dosis.

Es sumamente importante la cobertura con vacuna de toxoide tetánico en las mujeres gestantes, para proteger al recién nacido contra el tétanos neonatal. No se dispone de datos de la mayoría de los países de la Región, y en la mayoría de los países donde se han acopiado datos se registran niveles inferiores al 10%.

En los últimos cinco años no se produjo ninguna disminución drástica de las tasas de morbilidad de las enfermedades a las que se espera combatir mediante el PAI en las distintas subregiones. Las tasas permanecen prácticamente invariables y reflejan el bajo nivel de cobertura de inmunización. Teniendo en cuenta que los sistemas de vigilancia de la mayoría de los países se encuentran en una etapa inicial de desarrollo, es posible que las tasas sean más altas que las que aparecen en la Figura 3.

FIGURA 2. Tasas de morbilidad por 100,000 habitantes por las enfermedades a las que va dirigido el PAI. Región de las Américas, 1977-1982



2.4 Difusión de información

La difusión de información es otro elemento clave para la formulación del programa a todos los niveles. El principal vehículo es el Boletín Informativo PAI, que se distribuye cada dos meses al personal de salud en todos los niveles del sistema. En el Boletín se publica información sobre la formulación de programas en los distintos países de la Región, así como información epidemiológica y sobre las enfermedades objeto del programa. También se difunden las nuevas técnicas disponibles para la ejecución del programa. Más de 6,000 agentes de salud reciben el Boletín, que se publica en inglés y en español.

Además, la OPS distribuye periódicamente otros tipos de material, como extractos de artículos relacionados con las enfermedades y vacunas del PAI, material didáctico sobre la vigilancia de las enfermedades y gráficos para adiestrar al personal local de salud en las normas de logística y mantenimiento del equipo para la cadena de frío. A fines de 1982 se envió a imprenta un examen completo de las cuestiones sobre los antígenos del PAI, que estará listo para ser difundido a mediados de 1983.

2.5 Recursos

Se asignará al PAI aproximadamente \$160,800 del presupuesto ordinario de la OPS y la OMS para el período 1984-1985. La mayor parte de esos fondos se dirigirá a la formulación de programas, especialmente en los campos del adiestramiento, las evaluaciones, las mejoras de los sistemas de información y la vigilancia, investigación operativa y difusión de información. Hasta ahora, la mayoría de esas actividades han recibido apoyo financiero del Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud (OMS), lo que dificulta la planificación anticipada de las actividades. En la 35a Asamblea Mundial de la Salud se abordó el tema de la necesidad de fondos y recursos humanos suficientes para el PAI, mediante la aprobación de la Resolución WHA35.31 de mayo de 1982 y un Programa de Acción de Cinco Puntos para el decenio de 1980.

3. Programa de acción de cinco puntos para el decenio de 1980

Según el informe de evaluación de la marcha de las actividades del PAI presentado por el Director General de la OMS a la 35a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1982, habrá que resolver varios problemas en un breve plazo para que el programa tenga buen éxito. Entre los aspectos que es necesario tener en cuenta se encuentran el método de atención primaria de salud, recursos humanos y adiestramiento, evaluación

y adaptación de programas e investigaciones y desarrollo. Ulteriormente, la Asamblea Mundial de la Salud, por Resolución WHA35.31, recomendó a los Estados Miembros que aplicaran el siguiente programa de cinco puntos:

i) Fomentar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) dentro del contexto de la atención primaria de salud:

- establecer mecanismos que permitan a la comunidad participar activamente como asociada en la planificación, ejecución y evaluación del programa, facilitando los recursos técnicos y logísticos necesarios para apoyar esas funciones, y
- prestar servicios de inmunización conjuntamente con otros servicios de salud, en particular los dirigidos a las madres y los niños, de manera que se apoyen mutuamente.

ii) Invertir recursos humanos suficientes en el PAI: La falta de recursos humanos en general y la de conocimientos sobre administración en particular representan los más graves obstáculos con que tropieza el programa. Es preciso designar administradores principales y de categoría intermedia bien capacitados y darles la autoridad y responsabilidad necesarias para la ejecución de sus funciones. Ese personal necesita adiestramiento, no solo para ser eficaz con respecto al PAI sino también para contribuir a la comprensión y el fortalecimiento del criterio de la atención primaria de salud. Es preciso averiguar las razones de su escasa motivación y su poco rendimiento en los sectores de la administración y de la supervisión sobre el terreno, con el fin de poder adoptar medidas apropiadas para estimular a los administradores a visitar, adiestrar y motivar al personal del que son responsables, así como vigilar el rendimiento de este.

iii) Invertir recursos financieros suficientes en el PAI: Para que el programa se amplíe en la medida necesaria para alcanzar sus metas, los niveles actuales de inversión en el PAI, que se calculan en EUA\$72 millones al año, deberán duplicarse para 1983, y duplicarse de nuevo en 1990; para entonces se necesitarán cada año unos EUA\$300 millones (al valor de 1980). Más de dos tercios de esas sumas deberán ser aportadas por los mismos países en desarrollo, mientras que el resto podrá proceder de la comunidad internacional.

iv) Velar porque los programas sean objeto de evaluación y adaptación continuas con el fin de conseguir una elevada cobertura de inmunización y la máxima reducción posible del número de defunciones causadas por las enfermedades objeto del programa y del número de casos de esas enfermedades: Esa adaptación requiere el establecimiento de sistemas adecuados de información y evaluación. A fines de 1985, lo más tarde, cada país debería poder:

- estimar sobre la base de datos fidedignos la cobertura de inmunización de los niños durante su primer año de vida con las vacunas incluidas en el programa nacional;

- obtener informes puntuales y representativos sobre la incidencia de las enfermedades objeto del PAI incluidas en el programa nacional, y
- obtener información sobre la calidad de la vacuna con el fin de cerciorarse de que las vacunas empleadas en el PAI se ajustan a las normas de la OMS y son activas en el momento de su administración.

Además, los países deberían fomentar la práctica de exámenes periódicos del programa a cargo de grupos multidisciplinarios compuestos de personal nacional y extranjero con el fin de conseguir que se identifiquen los problemas operativos y que en las recomendaciones que se formulen se refleje una amplia variedad de experiencias.

- v) Proseguir las actividades de investigación como parte de las operaciones del programa: Los objetivos deben ser mejorar la eficacia de los servicios de inmunización, reduciendo al mismo tiempo sus costos, y garantizar suministro de vacunas en cantidad suficiente así como su calidad. Entre las tareas específicas figura el establecimiento de métodos para la prestación de servicios que obtengan el pleno apoyo de la comunidad, el mejoramiento de los métodos y los materiales relativos a la esterilización y la cadena de frío, la adquisición de conocimientos adicionales sobre la epidemiología de las enfermedades objeto del programa, el perfeccionamiento de sistemas apropiados de información para la gestión, y nuevas mejoras en la producción y la inspección de la calidad de vacunas que sean inocuas, eficaces y estables.

El Grupo Consultivo Mundial del PAI, que se ha reunido anualmente desde 1978 para evaluar la marcha del programa, examinó el programa de acción de cinco puntos en 1981.

El Grupo llegó a la conclusión de que se había realizado un progreso significativo, pero señaló también que por cada minuto que pasa 10 niños mueren y otros 10 quedan impedidos porque todavía no se dispone de servicios generalizados de inmunización en el mundo en desarrollo. Advirtió que el ritmo actual de progreso del programa no era suficiente para alcanzar la meta del PAI de atender a toda la población infantil del mundo para 1990. Eso representa no solo un problema para el PAI, sino también una amenaza a las aspiraciones de la OMS de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Hay que reafirmar los compromisos nacionales e intensificar los programas de actividades. El programa de acción de cinco puntos debería emplearse como pauta de los esfuerzos a escala nacional e internacional para el resto del decenio.

4. Deliberación en la 90a Reunión del Comité Ejecutivo

Después del examen del informe y de la presentación por la Secretaría, el Comité Ejecutivo aprobó la siguiente Resolución XIII, que contiene un proyecto de resolución por la consideración del Consejo Directivo:

LA 90a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el informe presentado por el Director sobre la marcha de las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas (Documento CE90/15),

RESUELVE:

Recomendar a la XXIX Reunión del Consejo Directivo que apruebe la siguiente resolución:

LA XXIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe del Director sobre la marcha de las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas (Documento CD90/15), y reconociendo lo limitado de los fondos que han sido asignados al programa para los ejercicios 1984-1985;

Enterado de los esfuerzos ininterrumpidos para llevar a cabo el programa a escala nacional y regional;

Reconociendo que el progreso del PAI es un elemento esencial de la estrategia de salud para todos en el año 2000, y

Reconociendo que la marcha de las actividades ha sido lenta en la mayoría de los países de la Región y que, si no se acelera, no se alcanzarán las metas del programa de aquí al año 1990,

RESUELVE:

1. Instar a los países a lo siguiente:

- a) Que formulen metas bienales de cobertura de inmunización de niños menores de un año de edad y de mujeres gestantes, así como también de reducción de la incidencia de las correspondientes enfermedades;
- b) Que usen la cobertura de inmunización de niños menores de un año de edad y mujeres embarazadas como indicador importante del rendimiento de los servicios de salud materno-infantil;

- c) Que empleen los datos de morbilidad y mortalidad por sarampión, poliomielitis y tétanos neonatal como indicador de la marcha y de las repercusiones del programa;
- d) Que utilicen la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación como un indicador más del desarrollo de sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica;
- e) Que tomen medidas en cuanto al Programa de Acción de Cinco Puntos adoptado por la Resolución WHA35.31 de mayo de 1982;
- f) Que intensifiquen los trabajos de evaluación de los programas de inmunización.

2. Pedir al Director:

- a) Que continúe dando prioridad al PAI en todos los planos de la Organización;
- b) Que emplee el progreso realizado por el PAI como indicador del éxito de la cooperación técnica de la OPS en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000;
- c) Que estudie la capacidad de producción de vacunas en los Países Miembros, la calidad y el costo de las mismas, con vistas a su posible utilización en el PAI;
- d) Que intensifique los esfuerzos para alcanzar la plena capitalización del Fondo Rotatorio del PAI;
- e) Que promueva las actividades de evaluación en los países y que incite a su realización a aquellos que no lo hayan hecho todavía;
- f) Que informe a la 94a Reunión del Comité Ejecutivo en 1985 sobre la marcha del programa.