

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



105a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1990

tema 4.4 del programa provisional

CE105/13 (Esp.)
25 abril 1990
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL
POLIOVIRUS SALVAJE

En el presente Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el progreso alcanzado en la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización y en los esfuerzos por erradicar la poliomielitis en las Américas se examina la cobertura de inmunización y su efecto en la reducción de las enfermedades en los últimos años. Además, se discute la iniciativa tendiente a erradicar la transmisión autóctona de la poliomielitis de las Américas para 1990 y los adelantos alcanzados por los Países Miembros, así como los últimos obstáculos que se oponen al logro de la meta originalmente propuesta.

El informe analiza los indicadores de vigilancia relacionados con la iniciativa sobre la poliomielitis y los datos referentes a la circulación del poliovirus en el hemisferio occidental.

También se examinan las enseñanzas derivadas de los esfuerzos por erradicar la poliomielitis y de la aceleración en la ejecución del PAI, en particular en lo que atañe a las estrategias desarrolladas con la ejecución de este programa, y la repercusión de estas estrategias en la estrategia general de la OPS sobre la descentralización de los servicios de salud y la eliminación o control de ciertas condiciones de salud o de enfermedades especiales.

El Informe está acompañado de un Anexo titulado "Documento conceptual", en el que se resume lo que se podría realizar en las Américas en el período 1991-1995 en materia de control de las enfermedades prevenibles por vacunación, en caso de mantenerse el mismo nivel de apoyo financiero e igual coordinación entre los organismos.

Se solicita del Comité Ejecutivo que revise este Informe sobre la marcha de los trabajos, así como el Documento conceptual anexo, referente a las actividades de la Fase II sobre el control del tétanos neonatal y del sarampión. De modo especial se pide su opinión sobre los esfuerzos que se estimen necesarios para asegurar el éxito de la campaña de erradicación de la poliomielitis, así como sobre el alcance general de los planes correspondientes a la Fase II. También se remite al Comité al Tema 4.10 del programa "Calendario de posibles metas de erradicación a cumplirse en las Américas entre el presente y el año 2000".

INDICE

	<u>Página</u>
1. Adelantos alcanzados hasta la fecha.....	1
1.1 Cobertura de la inmunización.....	1
1.2 Incidencia de las enfermedades.....	1
2. Iniciativa tendiente a la erradicación de la Poliomielitis.....	7
2.1 Estado actual.....	7
2.2 Indicadores de la vigilancia.....	10
2.3 Clasificación de los casos.....	10
2.4 Comisión de certificación.....	12
3. Enseñanzas recogidas.....	12
3.1 Estrategia.....	12
3.2 Voluntad política y social.....	14
3.3 Descentralización.....	14
3.4 Control/eliminación de las enfermedades.....	16
4. Retos futuros.....	17
4.1 Consolidación de la erradicación de la poliomielitis.....	17
4.2 Mantenimiento y aumento de la cobertura.....	21
4.3 La próxima fase.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXO: "Salud infantil: Programa acelerado de inmunización en las Américas, Fase II, 1991-1995"	

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION
AUTOCTONA DEL POLIOVIRUS SALVAJE

1. Adelantos alcanzados hasta la fecha

1.1 Cobertura de la inmunización

La cobertura de inmunización se mantuvo al nivel más alto durante 1989. La cobertura regional para cualquiera de las vacunas del PAI (DPT, VOP, antisarampionosa y BCG) es superior al 60% en los niños menores de un año (Cuadro 1). Los datos de los países indican que hay más uniformidad en los niveles de cobertura, y que son muy pocos los países con una cobertura inferior al 50% para cualquiera de las vacunas del PAI.

En el caso de las vacunas que requieren tres dosis, como la DPT y la VOP, la cobertura regional de la primera dosis es aproximadamente del 90%, lo cual indica que la estrategia que están empleando los países, que casi siempre incluye la utilización de días de vacunación y las actividades nacionales de extensión como complemento a la vacunación institucional, es adecuada para alcanzar al mayor número posible de lactantes. El problema más importante sigue siendo las tasas de deserción entre la primera y la tercera dosis de la vacuna, lo cual se acentúa por las muchas oportunidades que se pierden de vacunar, o sea, cerca del 50% de todos los niños que reciben servicios de salud en algunos países (Figura 1).

Si bien se estima que con estos niveles de cobertura se están previniendo alrededor de 30.000 defunciones por sarampión, tos ferina y tétanos neonatal y unos 5.000 casos de poliomielitis, queda mucho por hacer, pues aún nacen casi cuatro millones de niños por año que no reciben los beneficios plenos de la inmunización. También se estima que cerca del 60% de los recién nacidos en las Américas pueden estar expuestos al tétanos neonatal, porque sólo una pequeña proporción de las mujeres en edad fértil son vacunadas con el toxoide tetánico para prevenir esta enfermedad.

1.2 Incidencia de las enfermedades

Siguen siendo evidentes los efectos en la reducción de las enfermedades, según se aprecia en las Figuras 2 y 3 y el Cuadro 2. A pesar de que la vigilancia de las enfermedades del PAI, a excepción de la poliomielitis, no está totalmente desarrollada, se observa una tendencia declinante en la cantidad total de casos notificados desde la instauración de este programa en 1977. En el caso del sarampión, por ejemplo, en la década de 1960, cada dos años se observaba un incremento en la incidencia de la enfermedad, con tasas de más de 150 casos por 100.000 habitantes. Con la introducción de la vacuna, inicialmente en América del Norte en 1963 y posteriormente en América Latina en 1968, por primera vez se registró una disminución gradual de la cantidad de casos

CUADRO 1
COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 1988-1989

REGIÓN Y PAÍS	POBLACIÓN (menores 1 año)		OPV3 %		DPT3 %		ANTISARAM %		BCG %	
	88	89	88	89	88	89	88	89	88	89
REGION ANDINA	2,612,613	2,661,002	71	71	61	61	58	61	72	76
Bolivia	263,800	271,200	40	50	39	40	44	70	27	70
Colombia	816,960	834,180	94	93	74	75	74	73	99	90
Ecuador	312,353	316,622	57	64	54	55	52	57	86	92
Perú	665,000	670,000	61	60	61	58	52	52	70	62
Venezuela	554,500	569,000	74	67	56	55	51	50	50	68
BRASIL*	4,217,375	3,617,900	89	96	54	51	60	56	67	66
CENTRO AMERICA	978,747	999,973	68	72	63	65	66	67	68	77
Belice	5,270	---	73	---	73	---	70	---	97	---
Costa Rica	80,500	82,600	86	91	87	89	97	88	87	---
El Salvador	176,102	182,173	63	72	63	64	63	73	56	62
Guatemala	328,000	343,200	58	58	49	52	55	53	41	---
Honduras	191,019	183,600	70	83	74	78	76	86	84	75
Nicaragua	142,600	146,500	83	83	65	64	63	62	89	90
Panamá	60,526	61,900	73	72	75	71	75	76	91	90
CONO SUR	1,139,601	1,125,827	91	83	82	79	88	79	95	91
Argentina	680,000	668,000	91	81	80	74	88	79	100	94
Chile	287,981	279,150	96	94	96	94	95	89	98	99
Paraguay *	118,620	121,877	86	71	56	67	63	58	56	58
Uruguay	53,000	56,600	82	82	82	82	72	76	98	97
CARIBE LATINO	594,713	591,536	69	73	61	63	58	57	61	58
Cuba *	180,400	187,529	98	95	98	95	89	97	100	97
Haití	201,707	201,707	48	50	49	50	59	31	45	40
Rep. Dominicana *	212,606	202,300	65	75	41	47	29	46	43	41
MEXICO	2,100,000	2,579,200	95	96	60	65	70	85	73	80
AMERICA LATINA	11,643,049	11,575,238	84	86	60	61	64	67	71	74
CARIBE INGLES	106,194	121,800	79	82	78	82	71	71	87	95
Anguilla	186	157	99	100	99	100	98	92	90	100
Antigua	1,080	1,088	99	100	98	100	95	95	---	---
Bahamas	5,600	---	84	---	85	---	78	---	---	---
Barbados	4,032	---	73	---	76	---	84	---	75	---
Cayman Island	358	378	95	93	93	93	99	89	86	81
Dominica	1,648	1,715	97	94	96	92	90	88	98	99
Grenada	3,057	2,613	64	86	65	87	58	89	---	---
Guyana	20,000	17,658	69	79	64	77	55	69	64	76
Jamaica	52,270	57,487	83	84	82	85	68	71	96	100
Montserrat	199	---	91	---	91	---	86	---	86	---
St. Kitts & Nevis	924	924	93	100	94	100	77	90	75	---
St. Lucia	3,722	3,530	87	93	78	92	83	91	85	100
St. Vincent	2,708	2,482	97	97	98	98	97	100	95	99
Suriname	10,000	10,000	71	71	71	72	91	73	---	---
Trinidad & Tobago	---	23,280	---	77	---	77	---	59	---	---
Turks & Caicos	220	250	92	89	94	89	92	76	94	100
British Virgin Isl.	190	238	76	97	84	100	62	87	48	100
AMERICA DEL NORTE	3,998,000	4,009,000	---	---	---	---	---	---	---	---
Bermuda	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Canada	358,000	362,000	---	---	---	---	---	---	---	---
USA	3,640,000	3,647,000	---	---	---	---	---	---	---	---
TOTAL**	15,747,243	15,706,038	84	86	60	61	64	67	71	74

--- No se dispone de datos

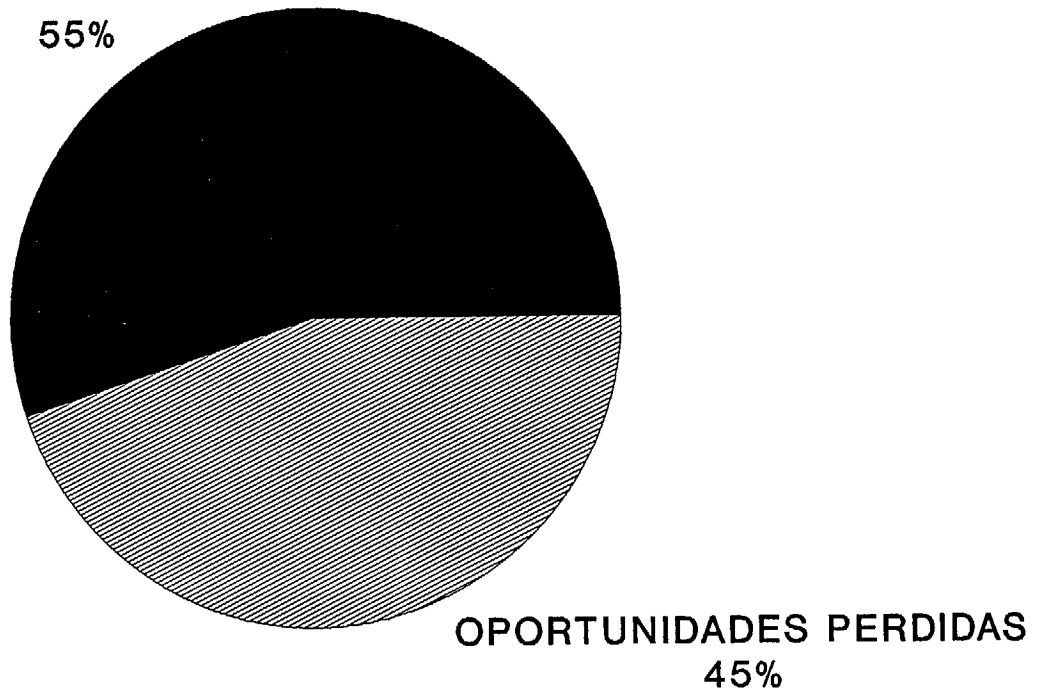
* Coberturas con OPV corresponden a dos dosis

** Cobertura TOTAL no incluye America del Norte

Fuente OPS

FIGURA 1

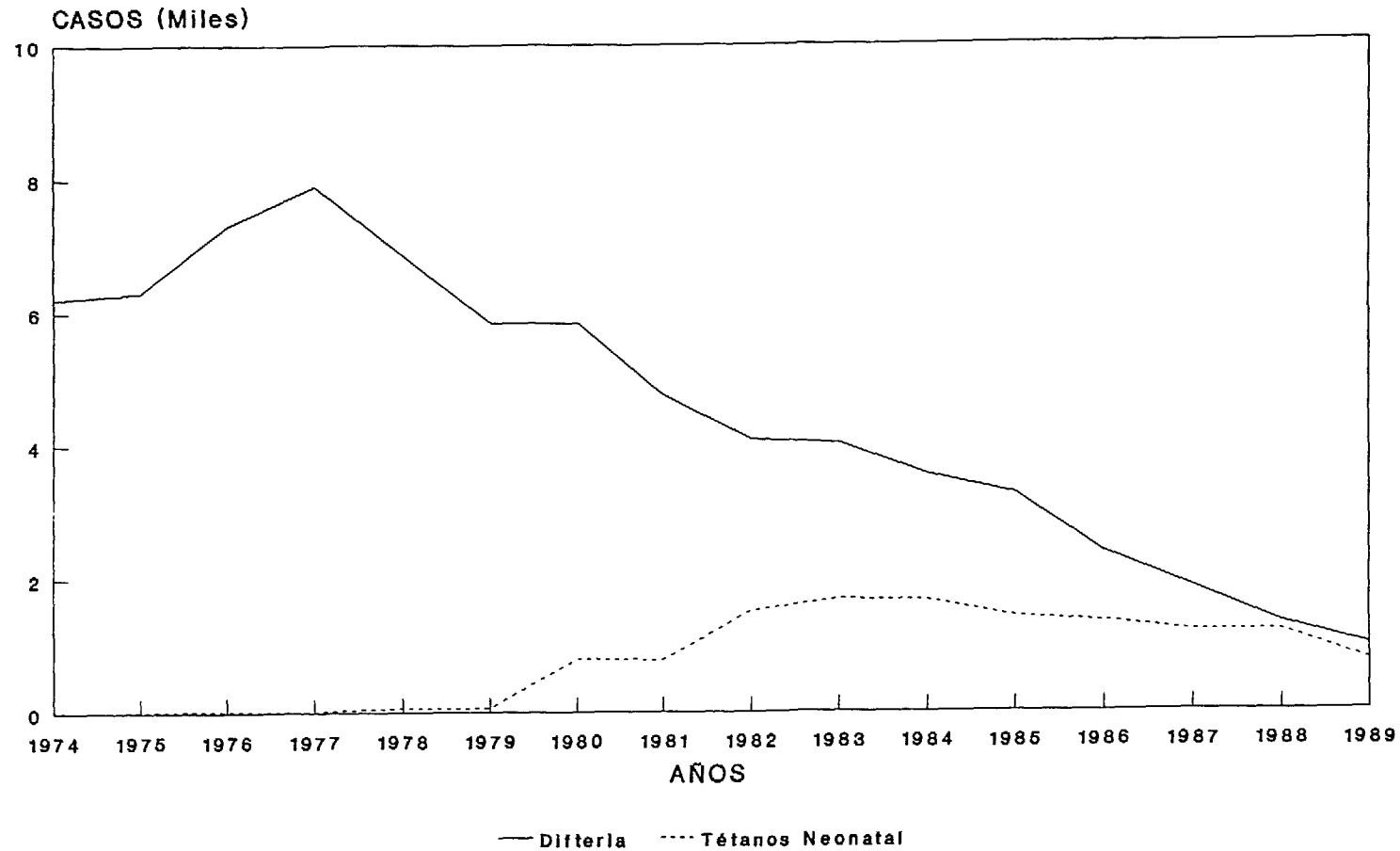
OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, HONDURAS, 1988



Fuente: Estudio de Oportunidades Perdidas, Ministerio de Salud, Honduras

FIGURA 2

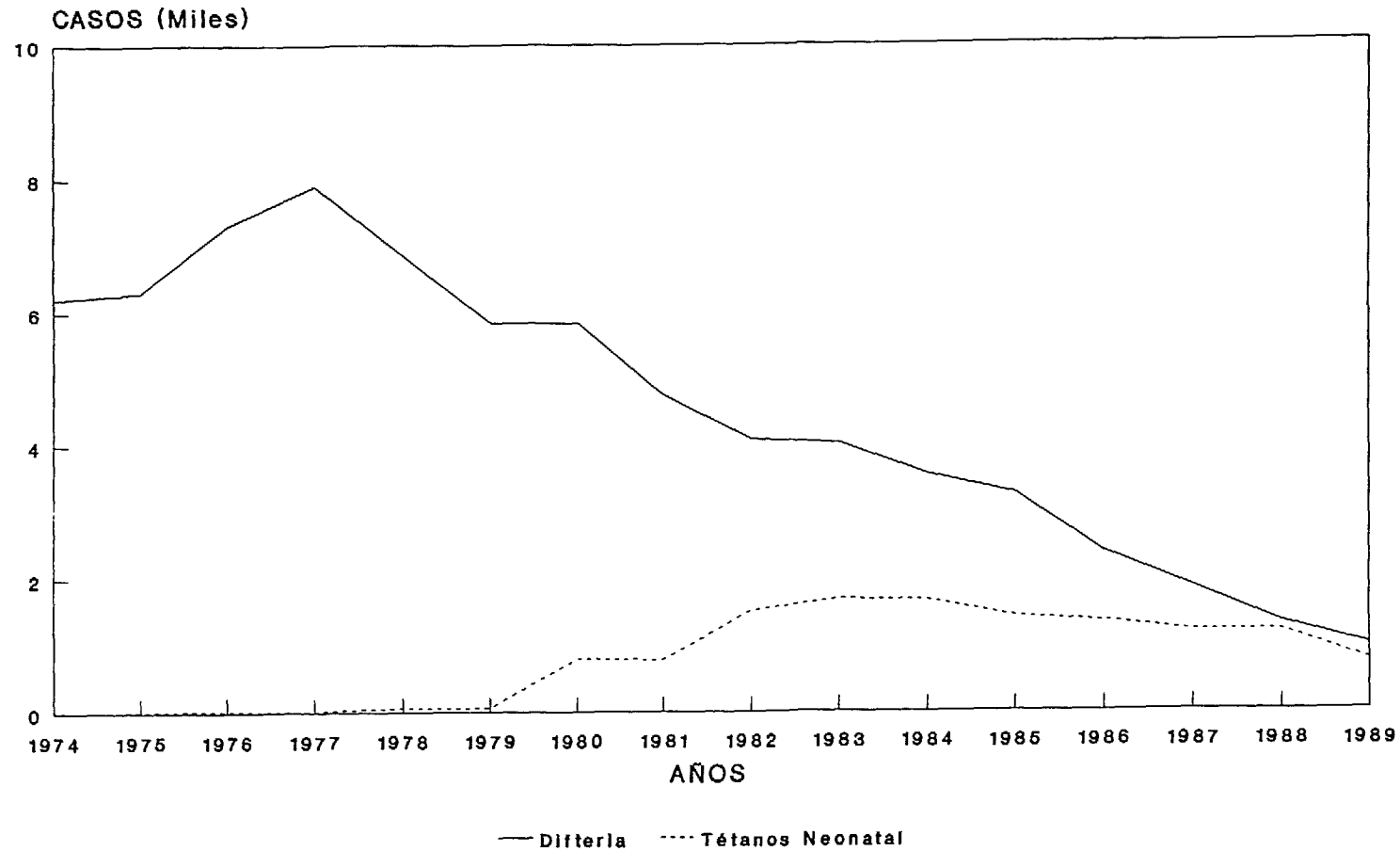
CASOS DE ENFERMEDADES DEL PAI: DIFTERIA, TETANOS NEONATAL. AMERICAS, 1974-1989*



* Datos preliminares para 1989.
Fuente: OPS

FIGURA 2

CASOS DE ENFERMEDADES DEL PAI: DIFTERIA, TETANOS NEONATAL. AMERICAS, 1974-1989*



* Datos preliminares para 1989.
Fuente: OPS

CUADRO 2
CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES DEL PAI
REGION DE LAS AMERICAS, 1988-1989

SUBREGION Y PAIS	SARAMPION		TETANOS NEONATAL		DIFTERIA		TOS FERINA	
	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989
REGION ANDINA	40,923	23,922	554	420	78	61	4,147	3,666
Bolivia	1,818	484	80	86	9	9	685	717
Colombia	15,732	10,235	193	148	23	35	1,994	1,668
Ecuador	7,990	3,649	128	58	8	3	197	256
Perú	3,180		112	84	36	14	806	435
Venezuela	12,203	9,554	41	44	2	0	465	590
CONO SUR	50,763	16,151	59	39	153	55	4,892	3,553
Argentina*	4,836	4,009	---	---	8	11	3,757	2,936
Chile	45,079	11,904	5	2	132	36	224	206
Paraguay	772	220	54	37	13	8	886	371
Uruguay	76	18	0	0	0	0	25	40
BRASIL	26,179	18,783	324	295	1,104	836	8,868	10,747
CENTROAMERICA	3,108	25,460	110	82	0	0	1,194	555
Bélice	74	11	0	0	0	0	0	1
Costa Rica	358	33	2	0	0	0	95	85
El Salvador	787	15,917	33	24	0	0	46	34
Guatemala	182	2,415	29	15	---	---	725	---
Honduras	1,155	6,653	11	19	0	0	235	75
Nicaragua	167	130	27	17	0	0	63	324
Panamá	385	301	8	7	0	0	30	36
MEXICO	3,915	20,076	127	35	2	6	693	1,468
CARIBE LATINO	814	1,195	33	12	75	25	136	369
Cuba	122	10	0	0	0	0	32	70
Haití								
República Dominicana	692	1,185	33	12	75	25	104	299
AMERICA LATINA	125,702	105,587	1,207	883	1,412	983	19,930	20,358
CARIBE INGLES	---	---	---	---	---	---	---	---
AMERICA DEL NORTE	3,678	17,194	0	0	12	5	4,385	5,504
Bermuda	4	---	0	---	0	---	0	---
Canada*	609	958	---	---	11	3	1,106	1,759
USA*	3,065	16,236	---	---	1	2	3,279	3,745
TOTAL	129,380	122,781	1,207	883	1,424	988	24,315	25,862

--- No se dispone de datos

* País no notifica casos de tétanos neonatorum por separado

notificados: de 649.522 en 1960 a 303.808 en 1976. Con la puesta en marcha del PAI en 1977, se inicia una segunda fase en la disminución de casos que llegan al punto más bajo de todos los tiempos en 1989, con 105,617 casos ó 15,2 casos por 100.000 habitantes, diez veces menos que antes de la introducción de la vacuna. Esta disminución es consecuencia indudable de los esfuerzos realizados por todos los países para aumentar la cobertura de la inmunización antisarampionosa, que se duplicó entre 1978 y 1989 (33% en comparación con 67%). Antes de 1978, año en que se iniciaron las actividades de vigilancia, prácticamente no se notificaban casos de tétanos neonatal. Aunque la vigilancia debe ser mejorada considerablemente, doce países de la Región han identificado las zonas donde el riesgo de exposición a la enfermedad es mayor (en algunas, hay más de 10 casos por 1000 nacidos vivos). En consecuencia, las medidas de control podrían estar dirigidas en un principio a estas áreas en alto riesgo, de modo de impartir mayor eficiencia a los esfuerzos iniciales.

2. Iniciativa tendiente a la erradicación de la poliomielitis

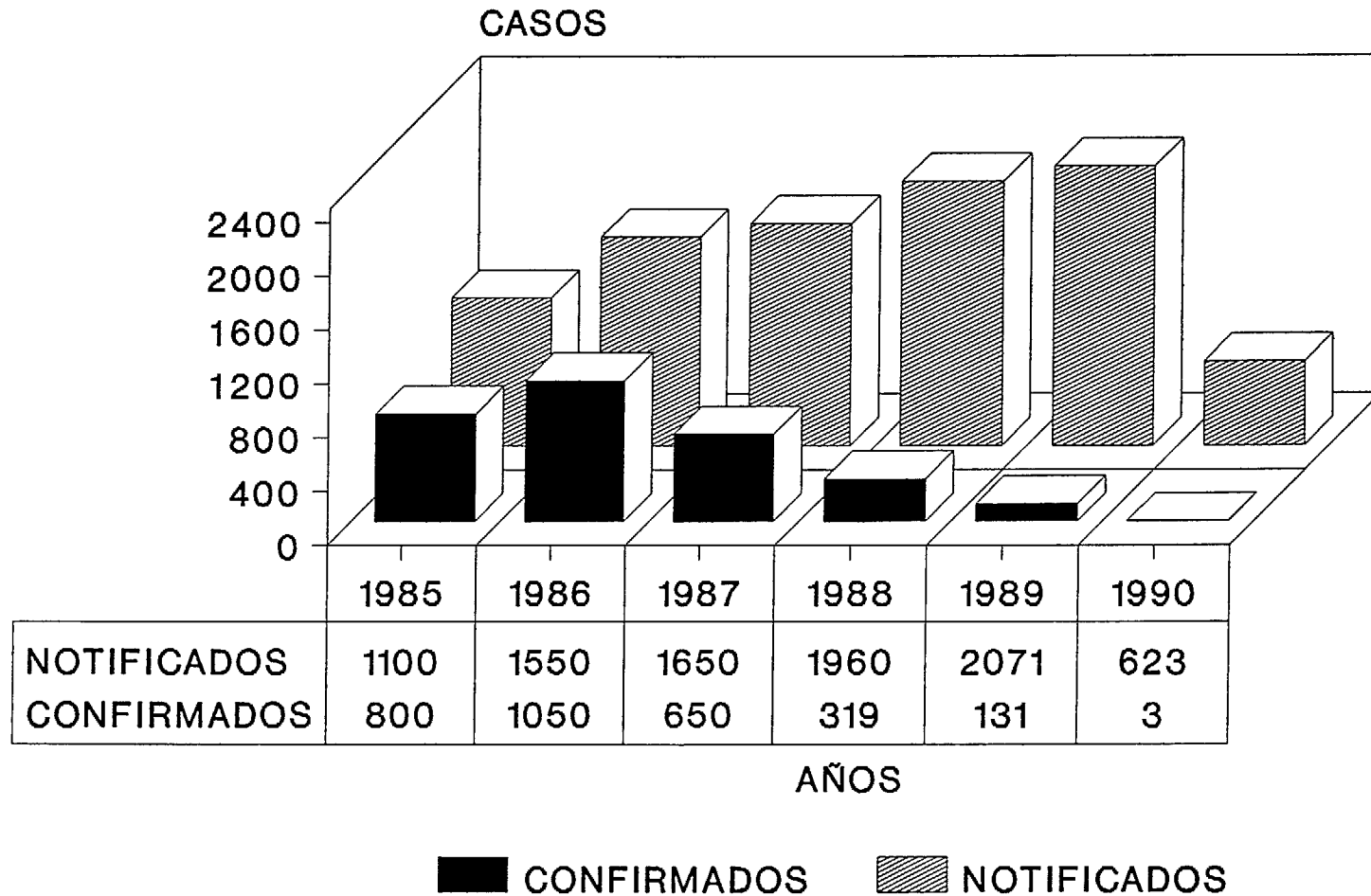
2.1 Estado actual

En el último Informe de la Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA), celebrada en la Ciudad de México del 19 al 23 de marzo de 1990, se señalan los considerables adelantos logrados en los últimos nueve meses. En particular, se subraya el hecho de que ya han transcurrido más de tres años desde el último aislamiento de poliovirus salvaje en los países del Cono Sur, más de dos años desde el último aislamiento en Centroamérica y más de un año desde el último aislamiento en Brasil. En el Caribe de habla inglesa el último aislamiento data de 1982, y en el Caribe Latino, Cuba no ha notificado casos de poliomielitis desde 1962. En los últimos dos años no se ha detectado ningún poliovirus salvaje en la República Dominicana ni en Haití. En 1989, se confirmó el reducido número de 130 casos, sin precedentes en el hemisferio occidental. Estos 130 casos representan una disminución del 61% en comparación con los 319 casos notificados en 1988. Y esta disminución ocurrió en un período en que los países notificaron más casos de parálisis flácida aguda (casos probables de poliomielitis), lo cual indica una mejora progresiva en la vigilancia de la enfermedad (Figura 4). Además, se ha examinado un número mayor de muestras de heces, y la calidad tanto de la recolección y el transporte de las muestras, como del desempeño de los laboratorios, ha mejorado en forma sostenida.

Los casos confirmados se registraron en menos del 1% de los casi 14.000 condados o municipios que existen en el hemisferio occidental. Estos municipios estaban ubicados en el nordeste de Brasil (último inicio de un caso confirmado debido al poliovirus salvaje en marzo de 1989), en el noroeste de México (último inicio de un caso confirmado debido al poliovirus salvaje en noviembre de 1989) y los países andinos de Venezuela (último inicio de un caso confirmado en abril de 1989), Colombia (último inicio de un caso confirmado en junio de 1989) y Ecuador (último inicio de un caso confirmado en diciembre de 1989 (Figura 5). Al 21 de abril de 1990 (fin de la semana 16), habían ocurrido solo tres casos clínicamente confirmados de poliomielitis en las Américas en 1990 respecto de los cuales continúan los análisis de laboratorio de las muestras respectivas.

FIGURA 4

POLIO--CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS AMERICAS, 1985-1990*



* Los datos de 1989 y 1990 son preliminares, hasta la semana 16 de 1990.

Fuente: OPS

FIGURA 5

POLIOVIRUS SALVAJES AISLADOS REGION DE LAS AMERICAS, 1989

(HASTA LA SEMANA 16 DE 1990)



FECHAS DE INICIO MAS RECIENTES:

BRASIL: 19 MARZO 1989

COLOMBIA: 1 JUNIO 1989

ECUADOR: 30 DICIEMBRE 1989

MEXICO: 18 OCT. 1989

VENEZUELA: 27 MARZO 1989

2.2 Indicadores de la vigilancia

La vigilancia de la poliomielitis se está concentrando en la búsqueda de los poliovirus salvajes, que son los que con mayor probabilidad pueden ser encontrados en las muestras de heces de personas que padecen parálisis flácida aguda. Por tanto, la tasa de parálisis flácida aguda por 100.000 habitantes menores de 15 años, pasa a ser uno de los indicadores más importantes para medir la eficacia de la vigilancia. La norma para este indicador, sobre la base de los datos acumulados hasta el presente por el programa, es un caso de parálisis flácida aguda por 100.000 niños menores de 15 años. En 1989, la tasa notificada varió de 1,7 por 100.000 en Centroamérica a 0,2 por 100.000 en el Caribe latinoamericano. La tasa general de casos de parálisis flácida aguda para la Región de las Américas por 100.000 niños menores de 15 años fue 1,05 en 1989 (Figura 6). El 70% de estos casos fueron notificados dentro de los primeros 15 días del inicio de la parálisis y en un 90% de ellos se recogieron muestras de heces, 75% de las cuales se tomaron dentro de los primeros 15 días del inicio de los síntomas.

Una causa de preocupación es la lentitud con que se desarrolla el sistema de notificación negativa de la parálisis flácida aguda. En 1989, de los 21 países latinoamericanos, sólo un promedio de nueve hacía notificaciones semanales. El número máximo de sitios que notificaron casos en una semana fue 3.847 en la semana 47. Esta notificación negativa se aplica en todos los casos de parálisis flácida aguda en niños menores de 15 años y no en los casos de poliomielitis, y debe incluir todos los sitios con probabilidad de ver casos de parálisis flácida aguda.

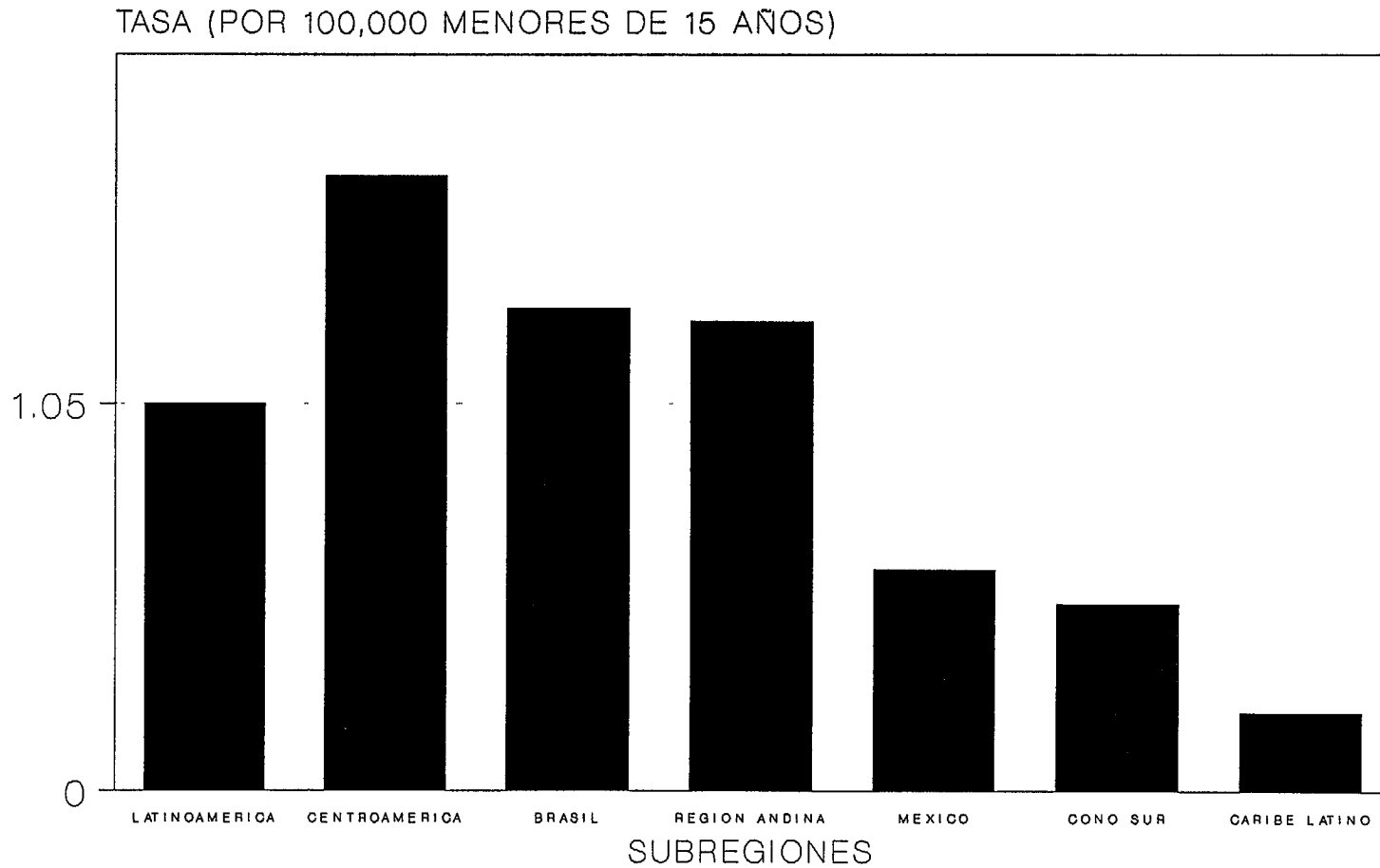
A pesar de los significativos adelantos conseguidos, aún existen motivos considerables de preocupación. El primero es el reloj, que sigue avanzando; a partir de la fecha de la Reunión del Comité Ejecutivo sólo restan seis meses hasta que se cumpla el plazo previsto para la erradicación regional. Todavía hay problemas importantes que superar, como los niveles de la cobertura de inmunización que siguen estacionarios y que incluso han declinado en algunos países. Por otra parte, es de suma importancia que se obtengan muestras adecuadas de heces de todos los casos de parálisis flácida en niños menores de 15 años y que se envíen en forma inmediata a los laboratorios que son parte de la red regional.

2.3 Clasificación de los casos

La clasificación final de los casos debe ser revisada a fin de incluir una categoría de "compatible con la poliomielitis", la cual abarcaría los casos de enfermedad paralítica aguda en los que no se obtuvieron por lo menos dos muestras adecuadas de heces dentro de las primeras dos semanas del inicio de los síntomas ni se las examinó en tres laboratorios y con: a) parálisis residual compatible con la poliomielitis a los 60 días, o b) muerte, o c) pérdida en el seguimiento. Además, para que los casos probables sean clasificados como "no poliomielitis", se deben haber obtenido por lo menos dos muestras adecuadas de heces dentro de las primeras dos semanas del inicio de los síntomas que deben haber dado resultado negativo para el poliovirus en por lo menos tres de los laboratorios de la red.

FIGURA 6

INCIDENCIA DE PARALISIS FLACIDAS AGUDAS, POR SUBREGION, EN NIÑOS < DE 15 AÑOS AMERICA LATINA, 1989



FUENTE: OPS

2.4 Comisión de certificación

Previendo que la meta de erradicación se va a cumplir con éxito, el GTA recomendó que se formara una Comisión Internacional encargada de fijar criterios para la certificación de la erradicación, y que todos los países del hemisferio participaran en el sistema rutinario de notificación negativa de la parálisis flácida.

3. Enseñanzas recogidas

Cuando el Director de la OPS propuso por primera vez que se erradicara de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje de las Américas para 1990, esta meta se vió como el punto de partida para el fortalecimiento de todo el PAI y se consideró que su logro serviría de vehículo para reforzar la infraestructura de salud. Los principales obstáculos al logro de la meta en ese momento eran: falta de voluntad política y social, limitaciones de orden administrativo, eficacia y estabilidad de la vacuna por debajo de las estimadas óptimas y vigilancia epidemiológica inadecuada.

3.1 Estrategia

La estrategia para erradicar la poliomielitis depende en gran medida de que se mejore la cobertura de inmunización mediante la organización de días nacionales de vacunación, generalmente dos veces por año, en los que se administra la VOP a todos los niños menores de 5 años, sea cual fuere su estado de inmunización anterior. Esta estrategia complementa la prestación institucional de la vacunación por los servicios básicos de salud. Estos dos componentes de la estrategia fueron asistidos por la organización de las operaciones de "limpieza", o sea, la vacunación domiciliaria en todos los municipios/distritos que se suponía albergaron el poliovirus salvaje durante los últimos tres años. Estas operaciones domiciliarias han resultado fundamentales para interrumpir la transmisión en la mayoría de las áreas durante 1989. El Cuadro 3 muestra un análisis detallado de las vacunaciones realizadas durante las operaciones de "limpieza" en diversos países de la Región.

Debido a que se utilizaron todas las vacunas del PAI durante los días nacionales de vacunación, la cobertura para todo el PAI ascendió a niveles elevados. Si todos los países (especialmente Brasil) hubieran utilizado todos los antígenos en los días nacionales de vacunación, la cobertura para las vacunas antisarampionosa y DPT sería hoy superior al 75%. La no utilización de todos los antígenos del PAI en los días nacionales de vacunación representa una oportunidad perdida de vacunación.

Por lo tanto, las primeras enseñanzas recogidas fueron que la utilización de las vacunas requiere una estrategia flexible en la que combinen varias tácticas orientadas a todos los sectores de la población objetivo, incluso aquellos que en estos momentos no tienen fácil acceso a los servicios de salud.

Cuadro 3.
Resumen de las Actividades de Limpieza con OPV realizadas en 1989

País	Número de municipios cubiertos	Total pob. <5 (blanco)	Total de hogares visitados	Total pob. <5 vacunada	%	Total pob. vacunada*
Bolivia	9	39 298	27 086	28 817	73	85 753
Colombia	52	582 876	686 021	537 643	92	537 643
Ecuador	40	310 094	385 225	246 464	79	298 431
El Salvador	136	893 436	235 737	429 757	48	781 141
Guatemala*	59	229 767	154 391	195 302	85	247 026
Honduras	304	733 069	322 271	399 269	54	427 535
México	36	703 828	---	592 670	84	592 670
Perú*	137	952 414	593 800	689 614	72	1 483 280
Venezuela	119	475 474	408 478	446 432	93	430 466
TOTAL	892	4 920 256	2 813 009	3 565 968	72	4 883 945

* Los datos de las viviendas visitadas son incompletos.

** Algunos niños eran mayores de cinco años.

--- Datos no disponibles.

3.2 Voluntad política y social

La posibilidad de erradicar la poliomielitis y de fortalecer todo el PAI resultó muy atractiva para los gobiernos y los diversos organismos que apoyaban las actividades de inmunización en la Región. La meta era concreta, cuantificable y efectiva en función de los costos. Para alcanzarla se necesitaba una serie de mejoras en todo el sistema de prestación de salud. Los gobiernos respaldaron firmemente la propuesta y los organismos externos, junto con la OPS, dieron su apoyo a la meta. Así se formó el Comité de Coordinación entre Organismos con la participación de la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Club Rotario Internacional y la Organización de Desarrollo Internacional del Canadá (CIDA), por conducto de la Asociación de Salud Pública del Canadá (CPHA). Este grupo representa una combinación de particulares e instituciones, multilaterales y bilaterales, públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales. En forma conjunta han contribuido con más de US\$110 millones en el período 1987-1991 (Figura 7) y, lo que es más importante, han generado una profunda conciencia social con respecto a los temas de salud y la movilización social.

Por lo tanto, la segunda enseñanza es que con una coordinación adecuada, tanto los gobiernos como los organismos cooperantes pueden utilizar al máximo sus recursos y aumentar los beneficios en función de los costos, así como la repercusión de las intervenciones de salud. Actualmente, los comités de coordinación entre los organismos que operan a nivel del país bajo los auspicios de los Ministerios de Salud, han alcanzado una repercusión que excede la del PAI y abarca toda una gama de actividades de salud.

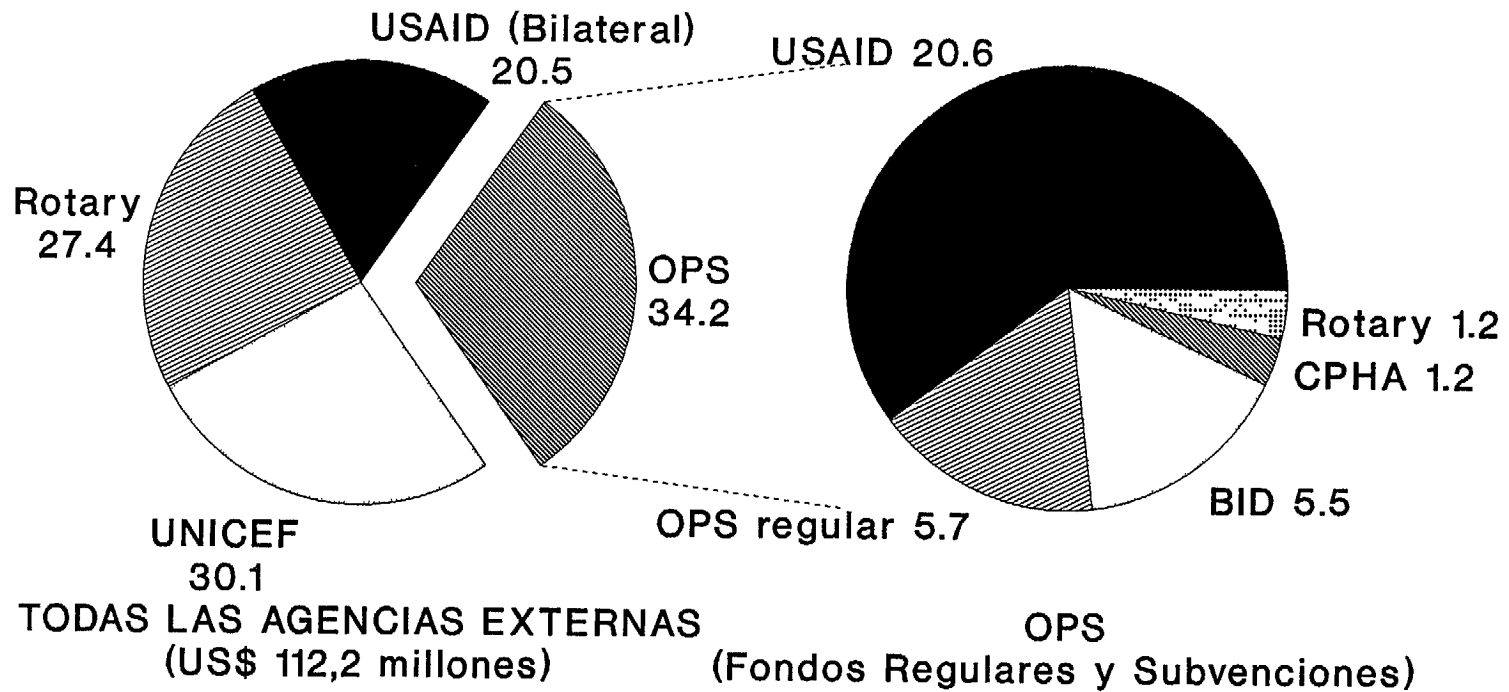
3.3 Descentralización

Al introducir el análisis de la información a nivel del municipio, el PAI ha contribuido enormemente al proceso de descentralización. Actualmente se dispone de información sobre la cobertura de inmunización a nivel de municipio o de distrito en casi todos los países y quienes utilizan esta información pueden dirigir los recursos a aquellas áreas en que la cobertura es más baja y en las que el riesgo de exposición a la enfermedad es más alto. En forma similar, el sistema de vigilancia, inicialmente organizado para la vigilancia de la poliomielitis, se basa en la notificación negativa semanal desde el nivel local, o desde el nivel del municipio/distrito, con lo cual se crea la base para la recolección de la información en los sistemas locales de salud. A fines de 1989, había casi 4.000 sitios de notificación que informaban con regularidad.

Estos sistemas locales de vigilancia ayudaron a detectar problemas relativos a la eficacia de la vacuna, en particular en el nordeste de Brasil en 1986/87. Sobre la base de la información recogida, el Grupo Técnico Asesor recomendó un cambio en la formulación de la vacuna en las Américas, recomendación que luego apoyó la OMS para el resto del mundo.

FIGURA 7

EL PAI EN LAS AMERICAS CONTRIBUCIONES DE AGENCIAS EXTERNAS* 1987-1991 (En millones US\$)



* Datos provisionarios
Fuente: OPS

La tercera enseñanza recogida es que los esfuerzos por organizar la vigilancia a nivel local también han contribuido a la creación de sistemas de información que serán fundamentales para la descentralización de los servicios de salud y la organización de los sistemas locales de salud.

3.4 Control/eliminación de las enfermedades

Los esfuerzos por erradicar la poliomielitis han puesto de relieve el hecho de que una vez que se dispone de las tecnologías necesarias, el mayor reto es aplicarlas de la forma más eficaz posible. En consecuencia, los éxitos en el camino de la erradicación de la poliomielitis han demostrado que una vez que los gobiernos toman una decisión política y deciden la realización de un esfuerzo coordinado con los organismos internacionales, es posible conseguir los recursos necesarios, tanto de fuentes nacionales como internacionales, para la ejecución de estas intervenciones altamente efectivas en función de los costos.

Con un aumento de la cobertura y mejoras en el sistema de vigilancia, ha quedado claro que otras dos enfermedades, el sarampión y el tétanos neonatal, podrían controlarse y/o eliminarse en mayor medida. En este sentido, el gobierno de Cuba fijó la meta de eliminar el sarampión para 1990, Costa Rica para 1993 y los gobiernos del Caribe de habla inglesa para 1995. Los esfuerzos en Cuba han tenido mucho éxito. En 1989 sólo se detectaron doce casos de sarampión en el país, y al 21 de abril de 1990 (semana 16) no se ha confirmado ningún caso. Será necesaria una vigilancia intensiva para que pueda establecer la interrupción de la transmisión.

Los países del Caribe de habla inglesa están organizando sus programas para la eliminación del sarampión. Ya se ha creado un Plan Regional de Acción y se cuenta con el borrador final de una Guía de Campo para la eliminación del sarampión. Se está planificando la celebración de un "mes de eliminación del sarampión" por realizarse en mayo de 1991, en el cual todos los niños de 1 a 15 años serán inmunizados contra el sarampión, sea cual fuere su estado de inmunización anterior. Esta fase intensiva será controlada mediante la vacunación institucional de todos los niños que estén por cumplir el primer año de vida, y se intensificará la vigilancia epidemiológica para la detección inmediata de casos sospechosos y la implantación de medidas de control.

Los esfuerzos en estas dos áreas serán hitos importantes para ampliar los conocimientos de cómo controlar el sarampión, que pueden ser pertinentes cuando se consideren otras medidas de control para la eliminación eventual de esta enfermedad en el resto del hemisferio.

En lo que respecta al tétanos neonatal, tanto la OMS como la OPS se han fijado el objetivo de eliminar esa enfermedad para 1995. El control del tétanos neonatal se puede lograr más rápidamente si los esfuerzos y los recursos se concentran en las áreas de riesgo donde la incidencia es mayor. Considerando la cercanía de la fecha prevista, es fundamental el uso de métodos que hagan posible definir las áreas de alto

riesgo lo antes posible. La identificación de estas áreas de riesgo permitirá a los organismos normativos y a los administradores de los programas adoptar medidas de control inmediatas, aplicando estrategias apropiadas para sus propios sistemas de salud que tiendan a asegurar que todas las mujeres en edad fértil adquieran inmunidad contra el tétanos. En el último año y medio, once países del hemisferio han identificado las zonas de riesgo de tétanos neonatal. De las 2212 unidades geográficas (distritos/municipios) existentes en estos once países, sólo 191 ó 9% están expuestas a un alto riesgo de tétanos neonatal (Figura 8), y contribuyen con el 73% del número total de casos que se registran en estos países (Figura 9). Además, las mujeres en edad fértil que viven en estas zonas no representan más que el 21% del total en los países analizados (Figura 10). Estos datos indican que todos los países deben identificar las áreas de riesgo. Una vez cumplido este primer paso, se deben poner en práctica las medidas de control. La población objetivo debe ser todas las mujeres en edad fértil que residen en aquellas áreas y se debe llegar a ellas usando todas las tácticas disponibles de vacunación, como las visitas de atención prenatal o cualquier otra visita a los establecimientos de atención de la salud, vacunaciones domiciliarias y los días nacionales de vacunación. Simultáneamente con estas medidas de control, es de vital importancia la creación o mejoramiento de un sistema de vigilancia epidemiológica para poder evaluar en términos cuantificables las actividades de control e identificar cualquier otra zona que pueda estar en situación de riesgo.

4. Retos futuros

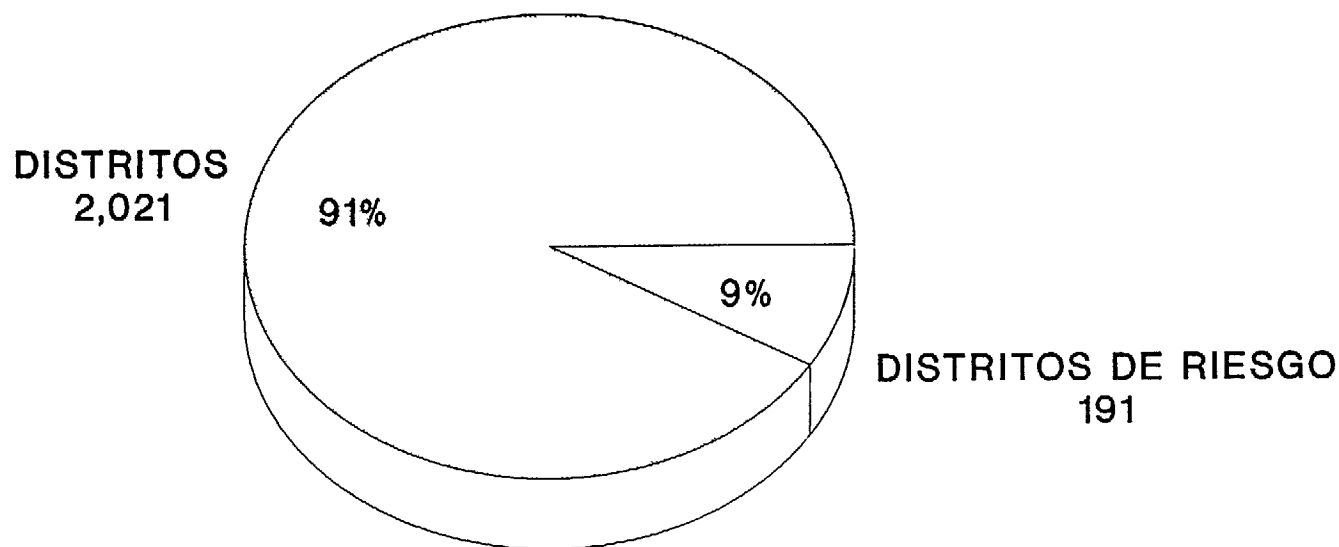
4.1 Consolidación de la erradicación de la poliomiélitis

La meta de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje de las Américas para fines de 1990 es alcanzable, pero habrá que hacer nuevos esfuerzos. De particular importancia será el establecimiento de sistemas nacionales de notificación en forma semanal (incluso la notificación negativa) para la parálisis flácida aguda en todos los países de la Región, acompañado de un seguimiento correcto de cada caso notificado y de la toma adecuada de muestras de heces para su examen en la red de laboratorios de diagnóstico de la poliomiélitis. Una vez más, la información sobre la recompensa de US\$100, instituida por la OPS y ofrecida al primero que notifique un caso probable de poliomiélitis producido por el poliovirus salvaje, debe ser divulgada ampliamente en todos los países para aumentar el interés en la notificación tanto de parte de la población como de los trabajadores de salud.

La continuación de los días nacionales de vacunación y las operaciones de limpieza, usando en ambos la VOP, se torna aun más importante en esta etapa del programa. El proceso de certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje se iniciará en 1990, con la orientación de una Comisión Internacional, nombrada por el Director.

FIGURA 5

PROPORCION DE AREAS DE ALTO RIESGO PARA TETANOS NEONATAL AMERICAS*, CIRCA 1988

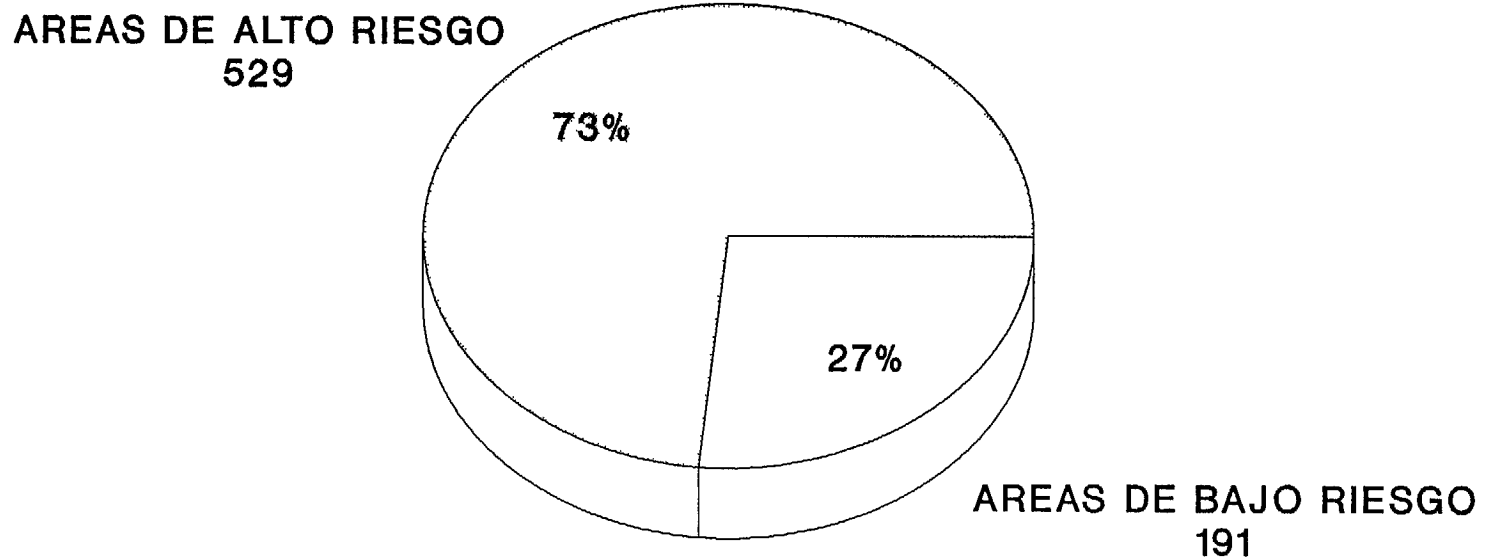


NUMERO TOTAL DE DISTRITOS: 2,212

* 11 PAISES

FIGURA 9

PROPORCION DE CASOS DE TETANOS NEONATAL EN AREAS DE ALTO RIESGO AMERICAS*, CIRCA 1988

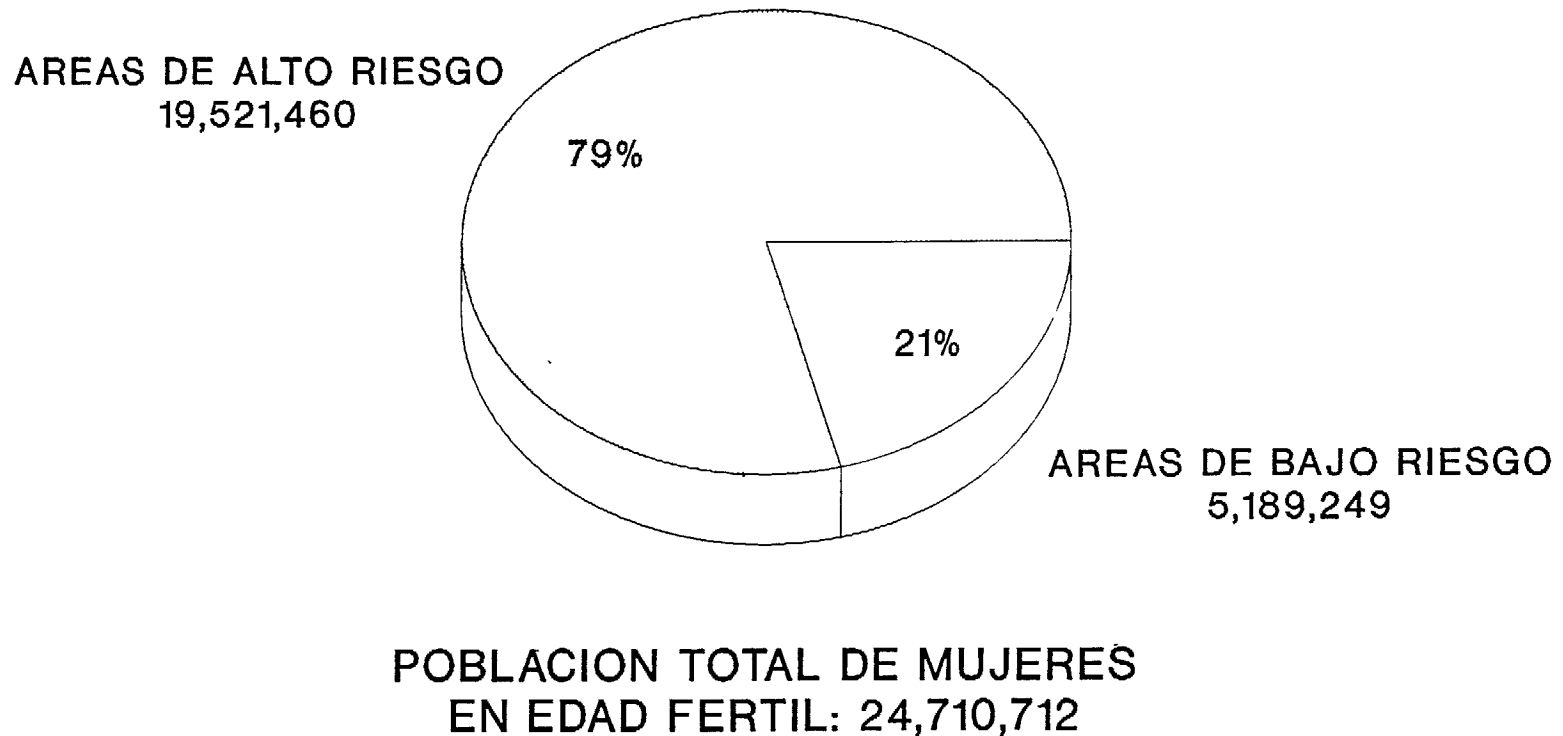


NUMERO TOTAL DE CASOS: 671

* 11 PAISES

FIGURA 10

PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL EN AREAS DE ALTO RIESGO AMERICAS*, CIRCA 1988



* 11 PAISES

4.2 Mantenimiento y aumento de la cobertura

En lo que respecta a mantener y aumentar la cobertura de inmunización para llegar a la mayoría de los niños y de las mujeres en edad fértil en la Región de las Américas, y consolidar la erradicación de la poliomielitis, queda mucho por hacer. Entre los temas que requieren atención especial de los Países Miembros se incluye el mantenimiento de un alto nivel de compromiso político, que se traduce en recursos humanos y financieros para las operaciones del programa. En este sentido, el tema del suministro de vacunas es fundamental: en los últimos dos años varios países han experimentado dificultades para lograr que en el presupuesto nacional se prevean recursos para la adquisición de vacunas. Es de vital importancia que los gobiernos asignen los fondos necesarios para la adquisición de vacunas en sus presupuestos nacionales anuales. La asignación de fondos suficientes para asegurar un suministro adecuado de vacunas es el primer indicador del compromiso político respecto de esta actividad de salud pública que reviste alta prioridad y es sumamente efectiva en función de los costos.

El segundo tema que merece especial atención se refiere a las acciones tendientes a eliminar la pérdida de oportunidades de vacunación durante las visitas que realizan los niños y las mujeres en edad fértil a cualquier establecimiento de salud y por cualquier motivo. Como ya se indicó, cerca del 50% de estas visitas representan oportunidades perdidas de vacunación, y más de la mitad de ellas se deben a falsas contraindicaciones sobre la vacunación dadas por los trabajadores de salud. Algunos países, como El Salvador, han implantado medidas dirigidas a eliminar la pérdida de oportunidades instituyendo la vacunación obligatoria en todos los hospitales. En los primeros diez meses del programa se llevaron a cabo más de 350.000 vacunaciones, sin recursos adicionales.

Otra oportunidad perdida que debe eliminarse ocurre cuando los países no utilizan todas las vacunas del PAI en los días nacionales de vacunación. Es importante que todos los países usen todos los antígenos durante estos días nacionales de vacunación, incluso el toxoide tetánico para vacunar a las mujeres en edad fértil.

4.3 La próxima fase

Junto con los éxitos alcanzados por los países de las Américas en el establecimiento de una base sólida para los programas de inmunización y control/eliminación de enfermedades, hay otros retos que la Región debe confrontar en el área de las enfermedades prevenibles por la vacunación. Estos retos se esbozan en un Documento conceptual (Anexo I), titulado "Salud Infantil: Programa Acelerado de Inmunización en las Américas", Fase II, 1991-1995", en el que se examinan las posibilidades de mantener el impulso y aprovechar las enseñanzas recogidas para continuar con el control/eliminación de las enfermedades e introducir nuevas vacunas en el PAI durante este decenio.

Para alcanzar esta meta, será necesario que los organismos miembros del CCI sigan coordinando sus esfuerzos y asistiendo a los gobiernos con los recursos necesarios que permitan la utilización y la movilización adecuadas de los recursos nacionales ya disponibles a nivel del país.

Se estima que, para lograr la consolidación de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del tétanos neonatal en 1995 y un mayor control del sarampión, además de mantener y aumentar la actual cobertura de inmunización y de introducir en forma gradual nuevas vacunas, como la vacuna triple viral (sarampión, paratiditis y rubéola) y la vacuna contra la hepatitis B, se necesitarán recursos financieros externos adicionales del orden de otros US\$100 millones en el curso del próximo quinquenio.

BIBLIOGRAFIA

1. Final Report of VIII Meeting of Technical Advisory Group (TAG), Mexico City, 19-23 March 1989.
2. De Quadros, Ciro A. Lessons Learned from Poliomyelitis Eradication. The Experience in the Americas. Proceedings of the IV Bellagio Meeting on Child Survival. Bangkok, Thailand, March 1-3, 1990.
3. Guerra de Macedo, C. and de Quadros, Ciro A. The Americas Take the Lead. World Health Magazine, December 1989.
4. V EPI Interagency Coordinating Committee Meeting Report, December 1989. Document EPI/TAG8/90-4.
5. De Quadros, Ciro A. and Silveira, Claudio. Neonatal Tetanus Control: Defining High Risk Areas. The Experience in the Americas. Document EPI/TAG8/90-7.
6. Olivé, Jean-Marc, de Quadros, Ciro A., and Castillo, Carlos J. Sarampión en las Américas: Revisión de la situación de los últimos 30 años. Document EPI/TAG8/90-9.
7. Andrus, Jon, de Quadros, Ciro A., et al. Classification and Characterization of Confirmed Cases of Polio, Americas, 1989. Document EPI/TAG8/90-10.
8. EPI Newsletter, December 1989.
9. EPI Newsletter, February 1990.
10. Resolution WHA42.32 of the Forty-second World Health Assembly, May 1989.
11. Resolution XI of the XXXVI Meeting of the PAHO Directing Council, September 1989.

SALUD INFANTIL; PROGRAMA ACELERADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS
FASE II: 1991-1995

Documento conceptual

Indice

	<u>Página</u>
1. Introducción.....	1
2. Fase I.....	1
2.1 Coordinación inter-organismos.....	2
2.2 Planes de acción nacionales.....	3
2.3 Estructura administrativa.....	4
2.4 Evaluación.....	5
2.5 Repercusiones.....	6
2.5.1 Ampliación de la cobertura de inmunización....	6
2.5.2 Aumento de la vigilancia.....	6
2.5.3 Red de laboratorios.....	6
2.5.4 Fortalecimiento de la infraestructura.....	7
2.5.5 Erradicación de la poliomielitis.....	7
3. Mantenimiento del impulso.....	8
3.1 Coordinación inter-organismos.....	8
3.2 Compromiso nacional.....	9
3.3 Mantenimiento y ampliación de la cobertura.....	9
3.4 Ampliación de la vigilancia.....	9
3.5 Análisis y gestión financieros.....	10
4. Repercusión.....	10
4.1 Mantenimiento de la cobertura de inmunización.....	10
4.2 Eliminación del tétanos neonatal.....	11
4.3 Reducción del sarampión.....	11
4.4 Introducción de nuevas vacunas.....	11
5. Beneficiarios del programa.....	11
6. Administración y organización.....	12
7. Fase II: Presupuesto.....	12

SALUD INFANTIL: PROGRAMA ACELERADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS
FASE II: 1991-1995

1. Introducción

La creación de programas de inmunización que se sostienen con recursos propios dentro de los sistemas de prestación de salud constituye un paso importante hacia el logro de la salud infantil. Al proveer inmunización a los lactantes, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) colabora directamente en la meta más amplia de la salud infantil, reduciendo la morbilidad y la mortalidad por enfermedades de la niñez que son prevenibles con vacunación adecuada y, a su vez, contribuye al desarrollo y al fortalecimiento general de la infraestructura de salud.

La cobertura de inmunización para los niños menores de un año en las Américas alcanzó en el curso de 1988 un máximo sin precedentes, de más del 60% para todas las vacunas incluidas en el programa. Aun es más importante es el hecho de que por primera vez la mayoría de los países alcanzaron un nivel de cobertura uniforme.

La poliomielitis está a punto de ser erradicada del hemisferio occidental, y se está muy cerca de alcanzar esta meta, que se fijaron los Países Miembros de la OPS en 1985. Las otras enfermedades incluidas en el PAI, el sarampión, el tétanos, la tos ferina, la difteria y la tuberculosis, han experimentado una disminución constante durante los últimos años como resultado del aumento de la cobertura de inmunización.

Lamentablemente, y a pesar de todos estos felices resultados, todavía queda mucho por hacer. Todos los años nacen en las Américas casi cuatro millones de niños que no reciben los plenos beneficios de la inmunización; muchos son víctimas de muertes innecesarias, prevenibles, o quedan lisiados por enfermedades que podrían haberse evitado con la inmunización.

En este documento conceptual se exponen someramente los esfuerzos que se han hecho hasta el presente en las Américas para acelerar los programas de inmunización y se indica cómo se puede mantener el impulso y lograr una mayor repercusión en la reducción y/o la erradicación de las enfermedades en el decenio de 1990.

2. Fase I

Para el esfuerzo de la Fase I, que se extendió de 1986 a 1990, se fijó la meta de mejorar la salud y la productividad de la población de las Américas, mediante la prevención de las enfermedades que se pueden evitar por la inmunización, así como el siguiente propósito:

Consolidar y acelerar el Programa Ampliado de Inmunización en la Región y su objetivo de mejorar la salud infantil, incluida la erradicación de la transmisión autóctona de los poliovirus salvajes y, de este modo, erradicar de la poliomielitis en las Américas para 1990.

2.1 Coordinación inter-organismos

El esfuerzo inicial se cumplió mediante un proyecto con financiación de varios organismos, basado en un Plan de Acción elaborado por la OPS, con la orientación de un Grupo Técnico Asesor (GTA) nombrado por el Director de la OPS.

Para que pudiese en marcha y siguiese de cerca el Plan de Acción, se creó un Comité Coordinador Interinstitucional (CCI). Este CCI se formó con representación de los organismos participantes: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Club Rotario Internacional y la OPS. Tiempo después, la Organización para el Desarrollo Internacional de Canadá (CIDA) aportó, por conducto de la Asociación de Salud Pública del Canadá (CPHA), un subsidio a la OPS para fortalecer el PAI en el Caribe de habla inglesa y se convirtió así en miembro del CCI. Se encargó al CCI la tarea de asegurar la coordinación de los aportes de los organismos internacionales y de examinar los progresos alcanzados, así como las necesidades de una mayor asistencia. Por otra parte, también se estableció a nivel del país una entidad equivalente al CCI, con la participación de los representantes locales de los organismos pertinentes.

La experiencia recogida hasta la fecha demuestra que el mecanismo de coordinación del CCI cumple una función fundamental en la ejecución del Plan de Acción. Este mismo sistema se está utilizando en otros programas regionales, como el programa de control de las enfermedades diarreicas y el programa de lucha contra el SIDA.

Una característica importante de estos mecanismos es que los organismos mantienen su identidad en la planificación y ejecución de los programas y que las líneas de financiación están claramente identificadas según el organismo, incluso cuando los fondos se encauzan por conducto de la OPS como, por ejemplo, en el caso de los subsidios que la OPS recibe de la USAID, el BID, la CPHA y el Club Rotario Internacional. De este modo fue posible identificar la totalidad de la contribución de la USAID: US\$20,6 millones encauzados por intermedio de la OPS, y otros \$20,5 millones transferidos bilateralmente a distintos países.

El costo total de la Fase I ascendió a \$542,2 millones, de los cuales \$430 millones provenían de recursos nacionales y \$112,2 millones, de recursos internacionales, desglosados del siguiente modo:

	<u>US\$ millones</u>
OPS:	
Fondos regulares	5,7
Subsidio de la USAID	20,6
Subsidio del BID	5,5
Subsidio de la CPHA	1,2
Subsidio del Club Rotario	1,2
USAID bilateral	20,5
UNICEF	30,1
Club Rotario	27,4
Fondos nacionales	<u>430,0</u>
TOTAL	542,2
	=====

Cabe notar que originalmente las promesas de contribución del UNICEF y el Club Rotario eran de \$10,0 millones cada una. El éxito del proyecto contribuyó a que las dos organizaciones pudiesen movilizar fondos adicionales.

2.2 Planes de acción nacionales

Como se señalara anteriormente, la estructura del CCI se reprodujo en el plano nacional y cada país tuvo que preparar un Plan de Acción quinquenal en el que se calculó el costo de todas las actividades del programa y se establecieron las fuentes de financiación, tanto nacionales como internacionales. Estos Planes de Acción se discutieron luego con el CCI, se revisaron cuando fue necesario, y se firmó un convenio multipartito con los gobiernos respectivos para su ejecución. En sus reuniones trimestrales, el CCI contribuyó a vigilar y ajustar el Plan.

El mecanismo también dio muy buenos resultados a nivel del país, y varias misiones de la USAID ante los países decidieron contribuir fondos al proyectos, para tener el derecho de participar en ellos en vista de que este mecanismo facilitó su cooperación con los países. Hasta la fecha, la USAID ha participado según este sistema en proyecto en Bolivia, Guatemala, Colombia, la República Dominicana, Haití y Perú. En estas participaciones también se identifica el origen de los fondos.

En 23 países de América Latina y el Caribe se elaboraron planes de acción y se firmaron acuerdos. Los informes trimestrales sobre los progresos técnicos y financieros del plan de acción se envían a la

USAID. También se remiten informes periódicos a los otros organismos que otorgaron subsidios a la OPS, como el BID, la CPHA y el Club Rotario Internacional.

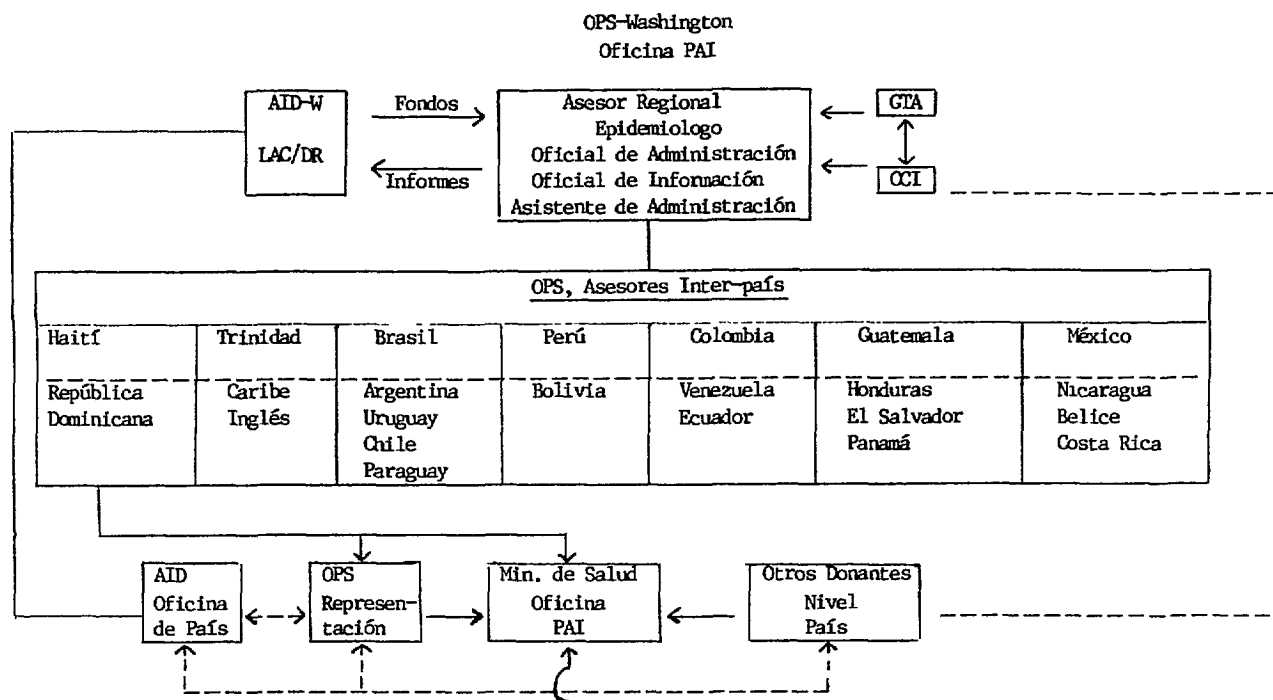
2.3 Estructura administrativa

La OPS cumple las funciones de Secretaría tanto respecto del CCI como de los Comités del GTA. El subsidio de la USAID a la OPS permitió aumentar la dotación de personal técnico y administrativo. En tal sentido, se empleó a un asistente administrativo y a un epidemiólogo en la oficina regional y se contrató a dos epidemiólogos para que prestaran servicios en el nivel interpaís. Además, tanto el personal técnico de la OPS como los consultores a corto plazo empleados con fondos del subsidio del BID han hecho posible que el personal permanente técnico y administrativo esté siempre disponible en los niveles regionales y del país. En las reuniones posteriores del GTA, el Grupo recomendó que se empleara a otros dos epidemiólogos en la oficina central de la OPS/PAI para fortalecer la capacidad analítica.

Básicamente, las relaciones entre la OPS, la USAID y los componentes de organización del proyecto abarcan lo siguiente, según se muestra en el Organigrama:

- La oficina del PAI de la OPS en Washington, DC, que coordina y administra el proyecto en el plano regional.
- Un grupo técnico asesor.
- Un Comité Coordinador Interinstitucional.
- Oficinas nacionales del PAI en los ministerios de salud.
- La oficina de la USAID en Washington.
- Las oficinas de país de la USAID.
- Los consultores interpaís de la OPS.
- Los consultores de la OPS en el país.
- Otros donantes - Nivel de país.

ORGANIGRAMA



2.4 Evaluación

Un grupo de evaluación seleccionado por la USAID en marzo de 1989 realizó una evaluación al completarse la mitad del programa. En esta evaluación se llegó a la conclusión de que la cobertura de inmunización ha aumentado en la Región de las Américas y que la poliomielitis está en vías de ser erradicada. El equipo observó que se ha fortalecido la vigilancia y sugirió que se la ampliase para incluir a las otras enfermedades del PAI tan pronto como la infraestructura alcanzase un grado de desarrollo suficiente.

Por otra parte, el equipo halló que los CCI son una institución importante y han servido para coordinar las actividades del programa, si bien en algunos países era necesario fortalecerlos. También determinó que las misiones de la USAID, en general, han prestado mucho apoyo al proyecto y que la USAID-Washington debe instar a las misiones interesadas a que empleen el mecanismo de participar con fondos en los proyectos para apoyar estas actividades.

Finalmente, el equipo concluyó que el proyecto estaba bien administrado, y en un examen inicial de la gestión financiera expresó su opinión favorable, además de señalar la necesidad de hacer un seguimiento del proyecto regional financiado por la USAID a fin de acrecentar las mejoras funcionales en lo que respecta a la capacidad de vigilancia alcanzada para la poliomielitis y de ese modo mejorar la vigilancia de todas las enfermedades que son objetivo del PAI.

2.5 Repercusiones

2.5.1 Ampliación de la cobertura de inmunización

Las tasas de cobertura han aumentado progresivamente desde 1986, cuando se lanzó el Plan de Acción, hasta 1989. Las tasas correspondientes al año 1989 fueron: VOP3 86%, DPT3 61%, sarampión 67% y BCG 74%. Esta es la cobertura de inmunización más elevada de todos los tiempos en la Región de las Américas.

2.5.2 Aumento de la vigilancia

El proyecto ha establecido una red de unidades de vigilancia para la poliomielitis que en el momento actual incluye casi 4.000 centros asistenciales en varios países que informan semanalmente a nivel nacional sobre la presencia o ausencia de casos sospechosos de ser poliomielitis.

Estos informes también se envían semanalmente a la OPS-Washington, la cual, a su vez, publica un resumen semanal de la situación epidemiológica regional. Cuando este sistema se haya consolidado plenamente, se podrá ampliar para que incluya a otras enfermedades del PAI, como el sarampión y el tétanos neonatal. El sistema está computarizado en casi todos los países.

2.5.3 Red de laboratorios

Para fortalecer la vigilancia de la poliomielitis, se desarrolló una red de laboratorios. Esta red incluye seis laboratorios en América Latina y el Caribe, además de los Centros para el Control de Enfermedades en Atlanta, Georgia. Los laboratorios están situados en Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, México y Trinidad y Tabago.

Todos los laboratorios han sido fortalecidos y han recibido el apoyo necesario para poder emplear las técnicas convencionales de aislamiento y tipificación del poliovirus y, además, se transfirieron nuevas tecnologías, como la investigación del ADN para caracterizar el poliovirus, a laboratorios de Argentina y Brasil. Se espera que en el próximo año la tecnología sea transferida a los otros laboratorios de la red.

2.5.4 Fortalecimiento de la infraestructura

La vigilancia epidemiológica y la organización de la red de laboratorios pudieron ser mejoradas mediante la provisión de equipos y materiales y la capacitación del personal.

Se capacitó a varios cientos de personas en la vigilancia de enfermedades y a un número reducido en las técnicas de laboratorio para el diagnóstico de la poliomielitis.

El fortalecimiento de la vigilancia ha permitido disponer de información tanto sobre la cobertura como sobre la incidencia de la enfermedad en los niveles de distrito o de municipio. Esta información ha resultado útil para el adelanto general de los sistemas locales de salud, porque la información y el análisis de los datos constituyen la base para el manejo de los servicios de salud. El análisis de la cobertura, por ejemplo, requiere que se conozcan los denominadores de población en el nivel local. Este conocimiento también es necesario para la organización de otras intervenciones de salud.

Además, la motivación de los trabajadores de salud que participan en este programa los hace más sensibles a otras actividades relacionadas con el fomento de la salud y la prevención de enfermedades.

En consecuencia, los logros alcanzados hasta el presente por el PAI han contribuido al fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud, especialmente en el nivel básico.

2.5.5 Erradicación de la poliomielitis

En 1988, se notificó un total de 342 casos de poliomielitis en la Región de las Américas, lo que representa una disminución de más del 60% respecto de los 930 casos notificados en 1986. El efecto de la intensificación de la vigilancia se advierte en el aumento de casi un 100% en la notificación de casos de parálisis flácida aguda a nivel regional registrado en 1988 en comparación con las cifras de 1985. Por otro lado, ha habido una disminución en la incidencia de casos confirmados de la enfermedad. Además, el número de municipios en los que se ha notificado infección ha declinado a menos del 2% de la totalidad de los 14.000 existentes en la región--236 municipios en 1988, en comparación con 544 en 1986.

La circulación del poliovirus salvaje está confinada ahora a muy pocas zonas de la Región y al parecer la transmisión ya se ha interrumpido en los países del Cono Sur, en el sur de Brasil, en Centroamérica y en el Caribe, con la excepción de Haití. En 1988, sólo hubo 36 aislamientos de poliovirus salvaje en las más de 3800 muestras de heces recogidas; en 1989, sólo se identificaron 22 aislamientos de poliovirus salvaje en más de 3.500 muestras de heces examinados hasta

ahora. Estos aislamientos del virus salvaje se encontraron en dos estados del nordeste de Brasil, tres estados de México, un estado de Venezuela y dos distritos de Colombia.

En resumen, hasta el presente los datos indican que la transmisión del poliovirus salvaje está a punto de ser interrumpida en la Región de las Américas.

Las estrategias desarrolladas en las Américas para erradicar la poliomielitis están siendo adaptadas para usarlas en las actividades globales de erradicación de la poliomielitis.

3. Mantenimiento del impulso: Fase II

Mucho se ha logrado hasta ahora en la Fase I, y estos logros se deben principalmente a la función catalítica que han cumplido los organismos en forma concertada y a los fondos que pudieran ser identificados y encauzados hacia los países. Este efecto catalítico y la financiación externa han contribuido a sentar las bases de un mayor compromiso de los mismos países, tanto en términos políticos como de asignación de recursos.

El reto ahora consiste en mantener y apoyar este impulso, para que la cobertura de inmunización se amplíe aun más, se consolide la erradicación de la poliomielitis y se controlen y/o eliminen otras enfermedades del PAI.

Solo se puede responder a este reto si los organismos colaboradores siguen trabajando juntos, con el mismo criterio estratégico que condujo a resultados tan favorables en estos últimos tres años.

3.1 Coordinación inter-organismos

Para el esfuerzo de la Fase II se propone que el Comité de Coordinación Interinstitucional continúe con sus funciones y que la OPS siga actuando como su Secretaría. Aparte de los fondos regulares de la OPS disponibles para este período, la USAID continuaría haciendo su contribución bilateral, además de otorgar un subsidio a la OPS. Se harán gestiones ante el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para que continúe participando en un nivel similar al del esfuerzo de la Fase I. Todo parece indicar que tanto el UNICEF como el Club Rotario Internacional seguirán apoyando este esfuerzo en la Fase II. También se les solicitará a ambos que sigan operando por intermedio del CCI. Del mismo modo, se le pedirá a la Organización de Desarrollo Internacional del Canadá (CIDA), que se unió al esfuerzo de la Fase I después de su inicio por conducto de la Asociación de Salud Pública del Canadá (CPHA), que prosiga con su participación, la cual está dirigido en su mayor parte al el Caribe de habla inglesa.

También se podría solicitar que participen en esta iniciativa entidades tales como la Comunidad Económica Europea (CEE), la Agencia para la Cooperación Internacional del Japón (JICA), la Agencia de Desarrollo Internacional de Suecia (SIDA), la Agencia Sueca para Desarrollo Internacional de Finlandia (FINNIDA), la Agencia Dinamarquesa de Desarrollo Internacional (DANIDA), el Club Internacional de Leones.

3.2 Compromiso nacional

A medida que continúe la acción del CCI, y que se asegure la provisión de recursos financieros de fuentes externas, se espera que manifiesten su compromiso los Gobiernos Miembros sin demora. Ya han expresado su compromiso político en varias resoluciones de la OPS y la OMS que abordan los temas de la salud infantil y la inmunización, incluyendo la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal en la década de 1990.

3.3 Mantenimiento y aumento de la cobertura

La cobertura de inmunización ha superado el 60% en 1988 y 1989. El 30% al 40% carente de inmunización representa a la población más difícil de alcanzar. Asegurar los servicios a esa población exigirá un esfuerzo considerable. Entre las estrategias que habrá que emplear para ello se incluye la eliminación de las oportunidades perdidas vacunando, cada vez que sea posible, a los niños y a las mujeres en edad fértil que tengan contacto con los centros asistenciales y llevando a cabo de actividades especiales de inmunización, como los períodos de inmunización nacionales o regionales, donde la cobertura sigue baja y la transmisión de las enfermedades continúa siendo un problema. El concepto de la oportunidad perdida debe ser ampliado para hacer frente al hecho de que no se incluye a las organizaciones no gubernamentales y a los proveedores privados como participantes activos en los programas nacionales de inmunización y de que no se usen todos los antígenos del PAI en los días de inmunización.

Estas actividades deberán ser apoyadas con el adiestramiento continuo del personal de atención de la salud a todos los niveles del sistema de salud. Además, será necesario acelerar el proceso de descentralización de los servicios de salud y sus recursos, en particular aquellos relacionados con la logística y los suministros, los medios de transporte y la capacidad de supervisión. La promoción intensiva y la movilización social son fundamentales para mantener y ampliar la cobertura. La cadena de frío tendrá que ampliarse, mantenerse o reemplazarse. La investigación permanente orientará estas actividades.

3.4 Ampliación de la vigilancia

El sistema organizado en el curso de la Fase I tendrá que ser ampliado para que incluya otras enfermedades del PAI, en particular el sarampión y el tétanos neonatal, que serán las metas del control y la eliminación en la década de 1990. Esta ampliación requerirá la

capacitación de más epidemiólogos, el fortalecimiento adicional de los sistemas de información de la capacidad de analizar de la información, así como la ampliación de la red de laboratorios, tanto en función de las tecnologías disponibles como de la distribución geográfica.

En el esfuerzo de la Fase I se prevé la posibilidad de esta ampliación. Se podrían incorporar nuevas enfermedades en la presente red de información y en el sistema computarizado de vigilancia.

3.5 Análisis y gestión financieros

La organización de planes nacionales de trabajo durante los cinco años de la Fase I ha facilitado el proceso de análisis y gestión financieros. Estos planes han sido revisados anualmente y han permitido el análisis detallado de los insumos por parte de los organismos externos y los gobiernos. Los costos se pueden clasificar por procedencia y categoría.

Este proceso se consolidará en la Fase II, e incluirá la posibilidad de identificar los insumos nacionales en mayor detalle por categoría y eliminar los cuellos de botella en la ejecución de los proyectos, en particular en lo que respecta al desembolso de fondos y la contabilidad financiera. El proceso de descentralización de los recursos financieros también requerirá que se capacite a los gerentes locales en cuestiones relacionados con la gestión financiera. En la fase II se abordarán además los temas relacionados con la responsabilidad en el nivel local.

4. Repercusión

4.1 Matenimiento de los logros de la cobertura de inmunización

La Fase II mantendrá y aumentará los logros alcanzados en la cobertura de inmunización hasta el presente. En apoyo de la cobertura de inmunización se introducirán mejoras en el manejo de los servicios de inmunización, que se consolidarán mediante la descentralización de las responsabilidades y la provisión de mayor capacitación y supervisión. Los logros del PAI hasta el presente han contribuido a que disminuyeran las tasas generales de morbilidad y mortalidad infantiles. Aún en las áreas en que la mortalidad infantil no ha variado o ha aumentado, la reducción de la morbilidad y la mortalidad como consecuencia de las enfermedades del PAI ha aminorado el aumento de las tasas de enfermedad.

El aumento de la cobertura de inmunización y la disminución adicional de las enfermedades del PAI, con la posible eliminación del sarampión y el tétanos neonatal en una Fase II, sumado a la erradicación de la poliomielitis que se logrará en la Fase I, pueden tener considerables repercusiones en una estabilización o mayor reducción de las tasas de mortalidad infantil generales en el decenio de 1990.

4.2 Eliminación del tétanos neonatal

En mayo de 1989, la 42a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA42.32 en la que se establece la meta de eliminar el tétanos neonatal en 1995. Esta resolución ha sido apoyada en la XXXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS en virtud de la Resolución XI de septiembre de 1989.

En el curso del esfuerzo de la Fase I, se han identificado en la Región de las Américas, todas las zonas en las que el tétanos neonatal plantea un alto riesgo a los recién nacidos. El esfuerzo de la Fase II permitirá realizar programas de vacunación intensiva de mujeres en edad fértil en estas zonas, para que la enfermedad pueda ser eliminada eficazmente.

4.3 Reducción del sarampión

El sarampión es la causa de la mayoría de las hospitalizaciones y defunciones originadas por todas las enfermedades del PAI. La Asamblea Mundial de la Salud y las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS indicadas anteriormente también han requerido la reducción de esta enfermedad a niveles por debajo de 40/100.000 habitantes durante el decenio de 1990.

En las Américas, varios países, entre ellos Costa Rica, Cuba y los países del Caribe de habla inglesa, han decidido eliminar esta enfermedad en 1995 o antes. Las experiencias recogidas en particular en el Caribe de habla inglesa, serán sumamente valiosas para convertir en realidad la posibilidad de que esta enfermedad sea totalmente eliminada del hemisferio occidental en el año 2000.

4.4 Introducción de nuevas vacunas

A medida que estos programas nacionales de inmunización se van perfeccionando, es oportuno estudiar la introducción de otras vacunas de importancia en salud pública, como la la vacuna triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis) y la la vacuna contra la Hepatitis B en los países en que las tasas de portadores adultos para estos virus sea superior al 2%.

5. Beneficiarios del programa

Del mismo modo que en la Fase I, en la Región de las Américas los beneficiarios primarios serán los niños menores de cinco años y las mujeres en edad fértil.

Entre los beneficiarios secundarios se destacan las comunidades y los gobiernos nacionales, que no tendrán que hacerse cargo de los costos originados por la pérdida de la productividad y la rehabilitación. En el plano regional, los beneficios incluyen el fortalecimiento de los sistemas de prestación de salud y de los laboratorios, que se pueden emplear para otros programas prioritarios de salud.

Al igual que que en el caso del esfuerzo de erradicación de la poliomielitis, las enseñanzas recogidas por los profesionales de la salud y los donantes en la Fase II pueden ser empleadas para fortalecer los programas de inmunización en otras partes del mundo.

6. Administración y organización

La Fase II será organizada y administrada sobre la base de la estructura administrativa y de organización de la Fase I, la que será fortalecida y consolidada aun más.

La ejecución general en toda la Región, la vigilancia y el apoyo logístico del proyecto serán administrados y atendidos por personal de OPS/PAI, tanto del nivel central como por personal interpaís. A los cuatro funcionarios técnicos y administrativos ya contratados con fondos provistos por la USAID se sumarán otros dos epidemiólogos en el nivel central.

La Oficina de la OPS/PAI coordinará todas las actividades relacionadas con la Fase II. Esto es de fundamental importancia para asegurar la uniformidad y coordinación de las actividades regionales. El personal financiado por la USAID colaborará en el manejo de la planificación y la ejecución del proyecto y en la coordinación de las actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica, las investigaciones de los brotes, las estrategias de inmunización y la supervisión de los asesores interpaíses y nacionales.

El Grupo Técnico Asesor continuará orientando los aspectos técnicos del proyecto y el Comité Coordinador Interinstitucional proseguirá cumpliendo su función de asegurar la coordinación de todos los recursos internacionales. La oficina de la OPS/PAI seguirá actuando como Secretaría para ambos Comités.

Los planes de acción nacionales que abarcan el quinquenio 1991-1995 serán elaborados por cada país y en caso necesario serán discutidos y revisados con el CCI. Se firmarán convenios multipartitos entre los organismos y los gobiernos. Estos planes de acción nacionales se convertirán en planes anuales de trabajo que abarcarán las actividades específicas que deban ser cumplidas en cada trimestre del año operativo. Estos instrumentos servirán de base para la vigilancia de los programas a nivel del país por los CCI locales.

Un equipo independiente seleccionado conjuntamente por los Organismos Miembros del CCI realizará un estudio de evaluación cuando se haya completado la mitad del programa.

7. Presupuesto de la Fase II

En el cuadro que sigue se presenta el presupuesto total estimado de la Fase II para el período 1991-1995.

Se solicitará a los organismos que han participado en los esfuerzos de la Fase I, o en cualquier otro esfuerzo, que hagan contribuciones financieras con destino a estos esfuerzos ampliados de control y eliminación de las enfermedades, directamente a los Gobiernos Miembros y por conducto de la OPS, como se ha hecho con resultados favorables en los últimos cinco años.

PARTIDA	TOTAL (en miles de US\$)
PERSONAL	9.053,5
Interpaís	3.225,0
En el país	3.225,0
Consultores	2.500,0
INFORMACION	3.850,0
REUNIONES	2.000,0
LABORATORIOS	2.700,0
ADIESTRAMIENTO	6.600,0
MOVILIZACION NACIONAL	14.300,0
PROMOCION	15.000,0
CADENA DE FRIO	4.300,0
EVALUACION	2.200,0
INVESTIGACION	2.250,0
VACUNAS/JERINGAS	24.000,0
EMERGENCIAS	4.200,0
COSTO DE APOYO AL PROGRAMA*	4.505,2
TOTAL	\$100.683,7

* Se espera que, al igual que en la Fase II, la OPS siga recibiendo fondos en forma de subsidios por un total de aproximadamente US\$26,0 millones. De estos fondos, \$4.505.200 (13%) serían para los costos de apoyo a los programas.

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

105a Reunión
Washington D.C.
June 1990

Tema 4.4 del programa provisional

CE105/13, ADD. I (Esp.)
18 Junio 1990
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL POLIOVIRUS SALVAJE

Para información del Comité Ejecutivo, se adjunta el siguiente material:

- 1) La información más reciente sobre los casos notificados de las enfermedades incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización de que dispone la OPS en Washington, D.C. (18 de junio de 1990). Esta información reemplaza a la que aparece en el Cuadro 2 del Documento CE105/13.
- 2) La información más reciente sobre la detección del poliovirus salvaje en las Américas correspondiente a 1989 y 1990. El mapa con datos de 1989 reemplaza a la Figura 5 del Documento CE105/13.
- 3) El último número del Weekly Bulletin on Polio Surveillance in the Americas (Vol. 5, No. 23, correspondiente a la semana que finaliza el 9 de junio de 1990) (en inglés solamente).
- 4) La versión revisada de la Figura 10 (en español solamente).

Cuadro 2

Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1989 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1988, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1989	1988	1989	1988	No Neonatal		Neonatal		1989	1988	1989	1988
						1989	1988	1989	1988				
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	31 Dic.	484	1 818	2	2	...	30	86	67	9	9	717	685
Colombia	31 Dic.	10 235	15 732	14	41	108	193	193	148	35	23	1 668	1 994
Ecuador	31 Dic.	2 403	7 990	5	9	40	129	58	128	3	8	256	109
Perú	31 Dic.	984	3 180	1	55	311	10	160	112	54	36	1 358	806
Venezuela	31 Dic.	9 554	12 203	16	20	44	17	...	24	0	2	590	465
Cono Sur													
Argentina(v)	31 Dic.	4 009	4 836	0	4	62	80	10	...	11	8	2 936	3 737
Chile	31 Dic.	11 904	45 079	0	0	14	14	2	5	36	132	206	224
Paraguay	31 Dic.	220	772	0	0	121	62	37	52	8	13	371	886
Uruguay (v)	31 Dic.	18	76	1	0	5	2	0	0	0	0	40	25
Brasil	31 Dic.	19 454	26 179	36	106	1 557	1 842	299	324	846	987	11 112	8 868
Centroamérica													
Belize	31 Dic.	11	74	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Costa Rica	31 Dic.	33	358	0	0	2	5	0	2	0	0	85	95
El Salvador	31 Dic.	15 917	787	3	12	24	50	24	33	0	0	34	46
Guatemala	31 Dic.	2 415	182	3	38	15	67	15	29	...	...	...	725
Honduras	31 Dic.	6 653	1 155	1	6	13	21	16	11	0	0	75	235
Nicaragua	31 Dic.	130	167	0	0	54	67	17	27	0	0	324	63
Panamá	31 Dic.	287	364	0	0	5	2	9	6	...	0	36	29
México	31 Dic.	20 076	3 915	27	18	177	303	35	127	6	2	1 468	693
Caribe Latino													
Cuba	31 Dic.	10	122	0	0	6	5	0	0	0	0	70	32
Haiti	31 Dic.	...	...	2	9	...	...	...	...	...	..	.	..
República Dominicana	31 Dic.	1 867	692	0	1	41	104	17	33	36	75	361	104
CARIBE INGLES													
Antigua & Barbuda	31 Dic.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	31 Dic.	60	22	0	0	1	1	...	0	0	0	0	0
Barbados	31 Dic.	2	1	0	0	2	1	...	0	0	0	0	0
Dominica	31 Dic.	9	10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Grenada	31 Dic.	2	4	0	0	1	0	...	0	0	1	0	2
Guyana	31 Dic.	11	917	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
Jamaica	31 Dic.	5 778	30	0	0	5	3	...	0	5	5	3	7
San Cristóbal/Nieves	31 Dic.	12	12	0	0	0	0	0	0	...	...	0	0
San Vicente y Granadinas	31 Dic.	1	10	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1
Santa Lucía	31 Dic.	10	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Suriname	31 Dic.	0	68	0	0	2	1	...	1	0	0	0	0
Trinidad & Tobago	31 Dic.	2 180	388	0	0	11	4	...	...	0	0	2	11
NORTEAMERICA													
Canadá**(v)	31 Dic.	958	609	0	3	2	3	...	...	3	11	1 759	1 106
Estados Unidos**(v)	31 Dic.	16 236	3 065	0	9	46	48	...	...	2	1	3 745	3 379

** País no notifica casos de tétanos neonatorum por separado

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta el 30 de Diciembre de 1989

(v) Todos los casos de polio son vacunales.

(i) Casos de polio son importados.

.. No se dispone de datos.

Figura 5

POLIOVIRUS SALVAJES AISLADOS REGION DE LAS AMERICAS, 1989



Figura 5 A

POLIOVIRUS SALVAJES AISLADOS REGION DE LAS AMERICAS, 1990



FECHAS DE INICIO MAS RECIENTES:
MEXICO: 19 FEB. 1990



Pan American Health Organization
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
World Health Organization

Vol. 5, No.23

Expanded Program on Immunization
Polio Surveillance in the Americas

Weekly Bulletin for the
week ending 9 June 1990

Last case with wild poliovirus had onset on February 19, 1990 in Mexico.

New Polio Case Classification

At the Technical Advisory Group (TAG) meeting in Mexico City this year, a new case classification for polio was recommended to minimize the false positive reporting of confirmed polio cases.

As of week 22, 1990, the weekly Polio Bulletin will report polio cases using the following new case classification approved by TAG:

*i. **Confirmed poliomyelitis** - Acute paralytic illness associated with the isolation of wild poliovirus, irrespective of residual paralysis. Accordingly, the weekly Polio Bulletin will show these cases in Table 3.*

*ii. **Vaccine-associated poliomyelitis** - Acute paralytic illness in which vaccine virus is believed to be the cause of the disease. Vaccine-associated cases should be reported separately. They are not considered to be the same as confirmed polio with wild poliovirus isolates.*

*iii. **Not poliomyelitis** - Acute paralytic illness in which at least two adequate stool specimens have been obtained within two weeks after onset of paralysis and have been found negative for poliovirus. Aliquots of the original*

samples should be held at the laboratory for possible future use. To ensure the accuracy of this categorization, any patient who dies, is lost to follow-up, or who has residual paralysis at 60 days should have aliquots of the original specimens examined in two other laboratories in the network, using all appropriate techniques. If the specimens were adequate and all are negative, even these patients will be considered as "not polio" and will be "discarded". This classification represents a major change from the current system.

*iv. **Polio compatible** - Acute paralytic illness with compatible residual paralysis at 60 days, or death or loss to follow-up in which there were not at least two adequate stool specimens obtained within two weeks after onset of paralysis and examined in three different laboratories. This should be a very small proportion of cases. The Polio Bulletin will present these cases in Table 4.*

The cases of acute flaccid paralysis (probable polio) still under investigation, will continue to be presented in Table 5. Tables 1 and 2 will combine to present virus isolation results.

**Expanded Program on Immunization
Polio Surveillance in the Americas**

**Weekly Bulletin for the
week ending 9 June 1990**

Table No. 3
CONFIRMED CASES OF POLIOMYELITIS, BY WEEK OF ONSET
(PROVISIONAL DATA)

SITE	TOTAL 1989	CUMULATIVE		WEEKS										
		1989	1990	1- 4	5- 8	9-12	13-16	17	18	19	20	21	22	23
ARG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BRA	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COL	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NR
CUB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NR
DOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECU	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ELS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEX	13	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
NIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
URU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VEN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	23	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Table No. 4
POLIO COMPATIBLE CASES
WEEKS 1-23, 1989 & 1990

SITE	TOTAL 1989	WEEKS 1-23	
		1989	1990
ARG	0	0	0
BOL	2	2	0
BRA	28	15	5
CAN	0	0	0
CAR	0	0	0
CHI	0	0	0
COL	8	4	2
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	2	1	2
ELS	3	0	0
GUT	3	1	0
HAI	2	1	0
HON	1	1	0
MEX	12	8	0
NIC	0	0	0
PAN	0	0	0
PAR	0	0	0
PER	14	5	0
URU	1	1	0
USA	0	0	0
VEN	12	3	0
TOTAL	88	42	9

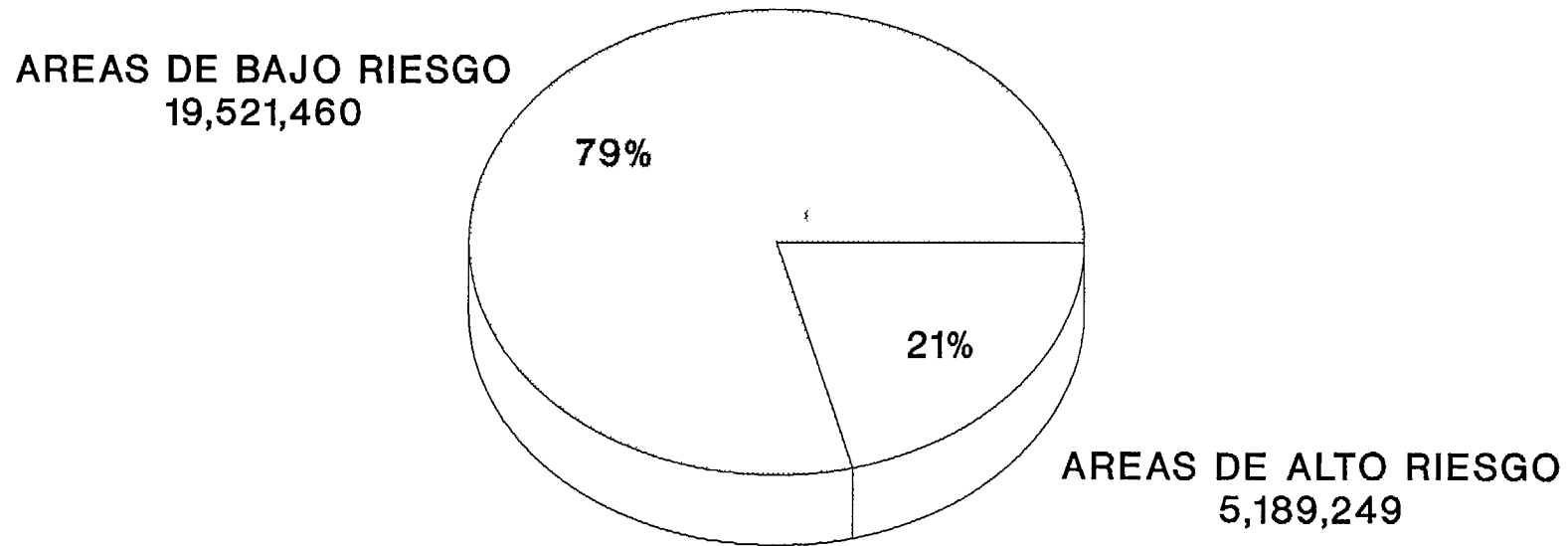
Table No. 5
CASES OF ACUTE FLACCID PARALYSIS UNDER INVESTIGATION,
BY WEEK OF REPORT

SITE	CUM 1990	WEEKS							
		1- 4	5- 8	9-12	13-16	17-20	21	22	23
ARG	29	0	5	10	9	3	0	2	0
BOL	8	0	0	0	0	3	1	2	2
BRA	178	2	14	14	58	50	8	21	11
CAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	4	0	0	0	0	3	0	0	1
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COL	54	0	6	5	9	18	3	8	5
COR	1	0	0	0	0	0	0	1	NR
CUB	0	0	0	0	0	0	0	0	NR
DOR	1	0	0	0	0	0	1	0	0
ECU	20	0	1	0	4	11	0	2	2
ELS	18	0	0	0	5	5	2	3	3
GUT	12	0	0	0	5	4	1	1	1
HAI	9	1	1	3	1	2	0	1	0
HON	6	0	0	1	2	3	0	0	0
MEX	61	0	7	7	13	28	3	2	1
NIC	2	0	1	0	0	0	0	0	1
PAN	3	0	0	0	3	0	0	0	0
PAR	2	0	0	0	0	1	0	1	0
PER	7	0	0	0	1	6	0	0	0
URU	3	0	0	0	1	0	0	1	1
USA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VEN	23	1	3	5	3	5	2	0	4
TOTAL	441	4	38	45	114	142	21	45	32

CAR INCLUDES INFORMATION FROM ALL CAREC MEMBER COUNTRIES
NR NO REPORT RECEIVED

FIGURA 10

PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL EN AREAS DE ALTO RIESGO AMERICAS*, CIRCA 1988



POBLACION TOTAL DE MUJERES
EN EDAD FERTIL: 24,710,712

* 11 PAISES