

*comité ejecutivo del
consejo directivo*

*grupo de trabajo del
comité regional*



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**



**118.ª Reunión
Washington, D.C.
Junio de 1996**

Tema 4.10 del programa provisional

**CE118/18 (Esp.)
2 abril 1996
ORIGINAL: INGLÉS**

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

El presente informe resume el progreso que están logrando los programas de vacunación en toda la Región de las Américas, en particular los esfuerzos encaminados a eliminar el sarampión para el año 2000, controlar el tétanos neonatal, mantener la erradicación de la poliomielitis y sostener una alta cobertura de vacunación. Se ha logrado un progreso sustancial en todos esos campos, pero todavía queda mucho por hacer para el logro de esas metas como lo han propuesto los Cuerpos Directivos.

En vista de los considerables recursos financieros y humanos que se necesitan para alcanzar la meta de eliminar el sarampión, el informe destaca los esfuerzos intensos que los países y la OPS han llevado a cabo, dentro del marco del Comité Coordinador Interinstitucional (CCI), para lograr la culminación fructífera de la iniciativa de eliminar el sarampión. Las inversiones de los países mismos serán la clave del éxito del programa y de su continuidad en los años venideros.

Se pide al Comité Ejecutivo que examine el informe y haga las recomendaciones pertinentes al Consejo Directivo, especialmente las relacionadas con la eliminación del sarampión, incluida la necesidad de impedir la acumulación de susceptibles y obtener fondos a nivel nacional e internacional.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Introducción	5
2. Progresos logrados hasta la fecha	6
2.1 Eliminación del sarampión	6
2.2 Control del tétanos neonatal	9
2.3 Mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis	11
2.4 Cobertura de vacunación	13
3. Cuestiones financieras y de gestión	15
Bibliografía	20

RESUMEN EJECUTIVO

Durante la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en septiembre de 1995, los ministros de salud aprobaron por unanimidad el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el año 2000. En lo relativo al control y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación, el informe examina el cumplimiento de la Región respecto a los indicadores de vigilancia de la poliomielitis después de la erradicación de la enfermedad en 1994, los niveles actuales de la cobertura de vacunación y el progreso importante logrado en cuanto al control y eliminación del tétanos neonatal en las Américas.

El documento presenta una actualización sobre las actividades que ha realizado el Programa Especial de Vacunas e Inmunización (SVI), que desde marzo de 1995 ha abarcado las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y del Sistema Regional de Vacunas (SIREVA). Se ha hecho hincapié particularmente en la ejecución del Plan de Acción. También describe los esfuerzos del SVI para lograr la autosuficiencia de la Región en cuanto a la producción de vacunas y el control de calidad. Es digno de mención el establecimiento de una red regional para el control de calidad de las vacunas y la certificación de instituciones productoras de vacunas en América Latina y el Caribe, mediante la formación de redes entre estas instituciones para la elaboración de vacunas nuevas y mejoradas, y la observación de prácticas adecuadas de fabricación. La observación de las normas de dichas prácticas garantiza que se produzcan sistemáticamente vacunas inocuas y eficaces y que se controlen con normas apropiadas para su uso y en cumplimiento de los requisitos de comercialización.

Como resultado de las iniciativas relativas al sarampión que varios países de las Américas han emprendido y en vista de la notable repercusión que tuvo la estrategia antisarampionosa de la OPS en la incidencia de la enfermedad, la Región notificó solo 5.623 casos confirmados en 1995, que es la cifra más baja del total de casos de sarampión registrados desde que se inició la vigilancia, y comparada con 23.583 casos notificados en 1994. En el Caribe, han transcurrido más de cuatro años desde que se detectó el último caso confirmado con pruebas de laboratorio. Además, no se ha notificado ningún caso de sarampión durante los últimos tres años en Chile o Cuba.

A pesar del considerable progreso logrado en las Américas para alcanzar la meta de eliminar el sarampión, el informe señala que la proporción de niños de 1 a 5 años de edad susceptibles de contraer esa enfermedad está aumentando en casi todos los países de la Región, lo cual plantea el peligro de un brote, especialmente en las zonas con cobertura de vacunación relativamente baja. Ello ha inducido a los países a emprender campañas de vacunación de seguimiento de todos los niños de 1 a 5 años de edad, según lo indica el Plan de Acción.

El documento también recalca la inquietud del SVI en cuanto al deterioro evidente de la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda en algunos países durante los primeros meses de 1996 y una leve tendencia decreciente de los niveles de la cobertura de vacunación durante los últimos tres años, en particular de la vacuna antisarampionosa y la BCG. Esta tendencia podría poner en peligro la meta de eliminar el sarampión.

Si bien es cierto que la colaboración de la comunidad internacional será esencial, las contribuciones en general seguirán proviniendo de los gobiernos nacionales. Como se indica en el documento, las contribuciones nacionales, comparadas con los recursos externos, para las actividades del PAI en efecto han aumentado continuamente, lo cual garantiza más la sostenibilidad de los programas de vacunación.

1. Introducción

En marzo de 1995, el Director de la Organización Panamericana de la Salud estableció al Programa Especial de Vacunas e Inmunización (SVI). El Programa Especial unifica todas las actividades de cooperación técnica de la Organización en materia de investigación, desarrollo, otorgamiento de licencias, producción y control de calidad de las vacunas y su utilización en los programas nacionales de vacunación, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación y la introducción de vacunas nuevas y recientemente mejoradas en los programas nacionales de vacunación. Con estos objetivos, el Programa Especial combina el Programa Ampliado de Inmunización y las actividades que realiza el Sistema Regional de Vacunas que estableció la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994.

Una de las gestiones principales del Programa Especial que se está realizando es procurar que se usen vacunas de calidad garantizada en los programas de vacunación nacionales. La estrategia para lograr esta meta incluye el establecimiento de una red regional para el control de calidad de las vacunas y la certificación de las instituciones productoras de vacunas en América Latina y el Caribe, mediante la observación de prácticas adecuadas de fabricación, así como el establecimiento de redes entre esas instituciones para la obtención de vacunas nuevas o mejoradas, como la DPT (difteria, tétanos y tos ferina), DTPa (incluida la vacuna antitosferínica acelular), y las vacunas contra la fiebre tifoidea y las infecciones por *Neisseria meningitidis* serogrupo B. Además, mediante la vigilancia hospitalaria se está identificando la distribución de los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* en diversos países para ayudar a determinar la composición óptima de una vacuna contra esta bacteria que pueda usarse eficazmente en los países de la Región.

Las actividades del Programa Especial se dirigen hacia todos los objetivos establecidos para el Programa Ampliado de Inmunización mediante la Resolución CD25.R27 de la XXV Reunión del Consejo Directivo (1977), incluida la autosuficiencia regional en la producción y el control de calidad de las vacunas, y contribuyen a las metas de la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil cuya meta es acelerar la obtención y utilización de vacunas nuevas y mejoradas. Tales actividades pueden facilitar la logística de los programas nacionales de vacunación y aumentar la factibilidad y el éxito de otras iniciativas para mayor control y erradicación de enfermedades infecciosas, como ocurrió con la viruela, la poliomielitis y, más recientemente, el sarampión en el continente americano.

Tras el éxito de la iniciativa para erradicar la poliomielitis de las Américas, las actividades para eliminar el sarampión del continente americano para el año 2000, establecidas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (1994) y esbozadas en el Plan de Acción aprobado por la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo (1995), se están

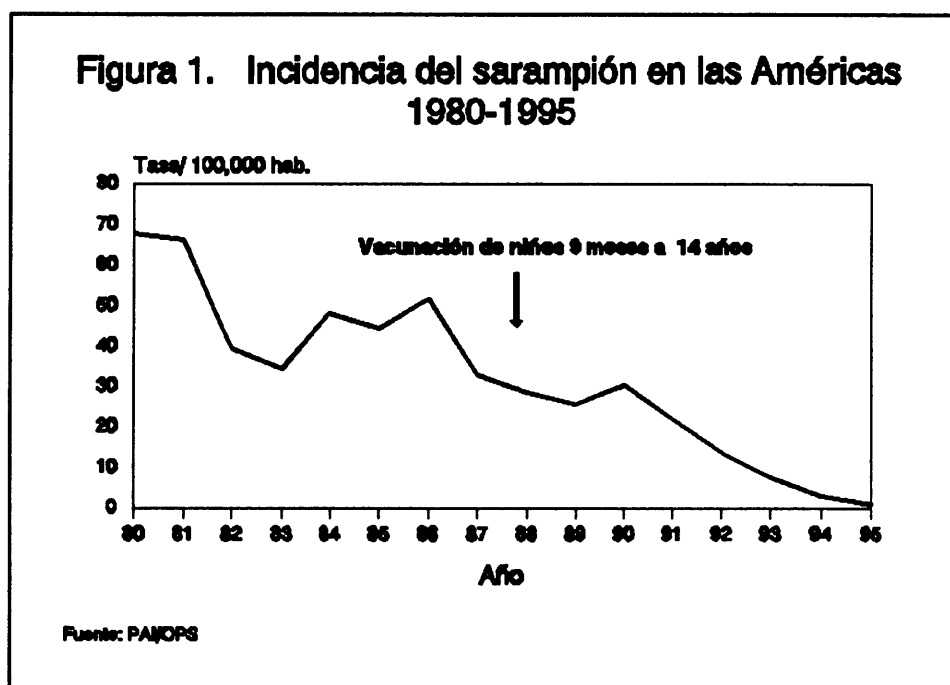
poniendo en práctica con el objetivo de reforzar toda la infraestructura sanitaria, en particular los aspectos relacionados con el control de enfermedades y la vigilancia epidemiológica en toda la Región de las Américas.

2. Progresos logrados hasta la fecha

2.1 *Eliminación del sarampión*

Ya han transcurrido más de cuatro años desde que se notificó el último caso de sarampión confirmado por laboratorio en el Caribe de habla inglesa. Si bien es cierto que todavía no hay un proceso formal para certificar la interrupción de la transmisión del sarampión, todos los datos indican con claridad que esto probablemente ha ocurrido. Es evidente que se ha logrado la meta establecida por los ministros de salud de la CARICOM de interrumpir la transmisión del sarampión en el Caribe de habla inglesa para 1995. Esta es la primera vez que un grupo de países ha logrado estar y mantenerse libre de sarampión durante un período tan largo. Además, aunque existen excelentes sistemas de vigilancia no se ha notificado ningún caso de sarampión confirmado por laboratorio en Chile o en Cuba en los últimos dos y tres años, respectivamente; esto constituye un logro importante para estos países.

Durante 1995, el número total de casos de sarampión notificados en la Región de las Américas alcanzó la cifra excepcionalmente baja de 5.632 (figura 1).



De los 5.632 casos confirmados y notificados, 2.868 (51 %) se confirmaron con pruebas de laboratorio. De estos, 2.301 (80 %) se notificaron en un solo país. Los 2.764 casos restantes se confirmaron clínicamente sin que se realizara un estudio de laboratorio adecuado y, por lo tanto, representan un fracaso del sistema de vigilancia (cuadro 1). Sin pruebas de laboratorio, es imposible afirmar a ciencia cierta si estos casos constituyen verdaderamente una infección viral por sarampión o se deben a otra causa. Con la red regional de laboratorios de diagnóstico del sarampión, que ahora se encuentra en la etapa final de organización, y con todo el equipo y los reactivos necesarios que se han proporcionado y el personal debidamente adiestrado, se espera poder aumentar la tasa de confirmación por laboratorio.

En las primeras 11 semanas de 1996, se confirmaron solo 96 casos (69 por laboratorio), comparados con 731 casos confirmados (150 por laboratorio) durante el mismo período en 1995.

Ya ha transcurrido más de un año desde la aparición de un caso importado de sarampión en los Estados Unidos de América procedente de América Latina y el Caribe. Ello contrasta notablemente con el período 1990-1992, cuando más de 80 % de los casos importados provenían de esta región, con un promedio de más de 100 casos importados de sarampión por año. Esta información proporciona pruebas contundentes del nivel sumamente alto de control del sarampión que se ha logrado en los países del continente americano.

La OPS ha elaborado un método integral para evaluar la capacidad de los sistemas de vigilancia nacionales para detectar casos de sarampión; la primera aplicación de este método se realizó con éxito en México y El Salvador en diciembre de 1995 y febrero de 1996, respectivamente. Cuando se realizaron estas evaluaciones no se detectó la circulación del virus del sarampión en esos países.

A pesar del enorme progreso obtenido en las Américas para lograr la eliminación del sarampión, es importante recordar que el virus sigue circulando libremente en otras partes del mundo y que todavía hay mucho peligro de que se repitan las importaciones en este continente. Los datos procedentes de los análisis de los programas de países subrayan el hecho de que, a pesar de este gran éxito y los altos niveles de cobertura de vacunación, todavía hay muchos niños que son susceptibles al sarampión en casi todos los países de la Región. Ello se debe a que la cobertura de la vacunación nunca alcanza 100 % y que la eficacia de la vacuna es de aproximadamente 90 %. En consecuencia, cada año hay algunos niños que no se vacunan y algunos niños vacunados que, por alguna razón, no responden a la vacuna y no quedan inmunizados.

Cuadro 1. Vigilancia del sarampión en las Américas, 1995

Región	País o territorio	Total, casos presuntos notificados	Descartados (provisionalmente)	Confirmados		
				Clínica-mente	Por laboratorio	Total
Región Andina	Bolivia	92	0	80	0	80
	Colombia	3.577	1.563	127	157	284
	Ecuador	916	..	916	0	916
	Perú	513	..	513	0	513
	Venezuela	652	371	39	30	69
Brasil	Brasil	3.374	1.754	515	12	527
Centroamérica	Belice	10	8	0	0	0
	Costa Rica	504	275	107	19	126
	El Salvador	276	244	9	0	9
	Guatemala	23	..	0	23	23
	Honduras	26	25	0	1	1
	Nicaragua	5	..	5	0	0
	Panamá	92	73	16	3	19
Caribe de habla inglesa	Anguila	2	2	0	0	0
	Antigua y Barbuda	1	0	1	0	1
	Bahamas	5	5	0	0	0
	Barbados	27	19	0	0	0
	Islas Caimán	0	0	0	0	0
	Dominica	37	25	0	0	0
	Guayana Francesa	..	..	..	..	..
	Granada	5	2	0	0	0
	Guadalupe	..	..	..	..	..
	Guyana	16	14	0	0	0
	Jamaica	133	89	7	0	7
	Martinica	..	..	..	..	..
	Montserrat	1	1	0	0	0
	Antillas Holandesas	..	..	..	..	..
	San Kitts y Nevis	2	0	1	0	1
	Santa Lucía	7	5	2	0	2
	San Vicente y las Granadinas	0	0	0	0	0
	Suriname	12	5	0	0	0
	Trinidad y Tabago	57	46	0	0	0
	Turcas y Caicos	9	0	0	0	0
Islas Vírgenes Británicas	1	1	0	0	0	
Islas Vírgenes de los EUA	0	0	0	0	0	
Caribe Latino	Cuba	61	48	1	0	1
	Haití	..	..	..	..	..
	Puerto Rico	11	..	0	11	11
	República Dominicana	32	31	0	0	0
México	México	1.395	1.079	153	12	165
América del Norte	Bermuda	0	0	0	0	0
	Canadá	2.301	..	0	2.301	2.301
	Estados Unidos de América	288	..	0	288	288
Cono Sur	Argentina	731	317	202	8	210
	Chile	288	260	0	0	0
	Paraguay	137	69	65	3	68
	Uruguay	5	0	5	0	5
Total		15.624	9.992	2.764	2.868	5.632

Los puntos suspensivos (...) indican que no se proporcionó información.

Fuente: Sistema PAI/OPS de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión (MESS) al 31 de marzo de 1996

Al momento de redactarse el presente informe se estimaba que, en el Caribe de habla inglesa, por ejemplo, aproximadamente 25% de todos los niños de 1 a 5 años de edad eran susceptibles al sarampión. El análisis más reciente de programas en Centroamérica ha indicado que la proporción de niños susceptibles de 1 a 5 años de edad puede ser hasta de 30%. Indudablemente, este elevado número de susceptibles puede causar un brote si se introdujera el virus de sarampión en estas zonas, especialmente en los focos con cobertura de vacunación relativamente baja. Como lo esboza el Plan de Acción, es perentorio que todos los países analicen regularmente la acumulación de susceptibles. Si este número ha llegado al umbral indicado en el Plan de Acción (mayor o igual al número de niños de una cohorte anual de nacimiento), los países deben poner en marcha campañas de vacunación de seguimiento para todos los niños de 1 a 5 años de edad. Esas campañas deben realizarse cuanto antes, y sus efectos serán mucho mejores si las llevan a cabo simultáneamente todos los países de una zona geográfica determinada. Como ejemplo de una campaña de vacunación de seguimiento coordinada puede citarse la que realizaron todos los países de Centroamérica el 14 de abril de 1996, que benefició a muchos niños y contribuyó a la integración social de dicha región.

Ya se han llevado a cabo campañas de vacunación de seguimiento similares en Belice, Brasil, Chile, Cuba y Jamaica. Se espera que los demás países sigan el ejemplo con la adopción de medidas para vacunar eficazmente a los niños susceptibles que se han acumulado desde su campaña de eliminación inicial realizada hace pocos años. Si no se aplican estas medidas, se correrá el peligro de no lograr la meta de eliminar el sarampión para el año 2000.

2.2 Control del tétanos neonatal

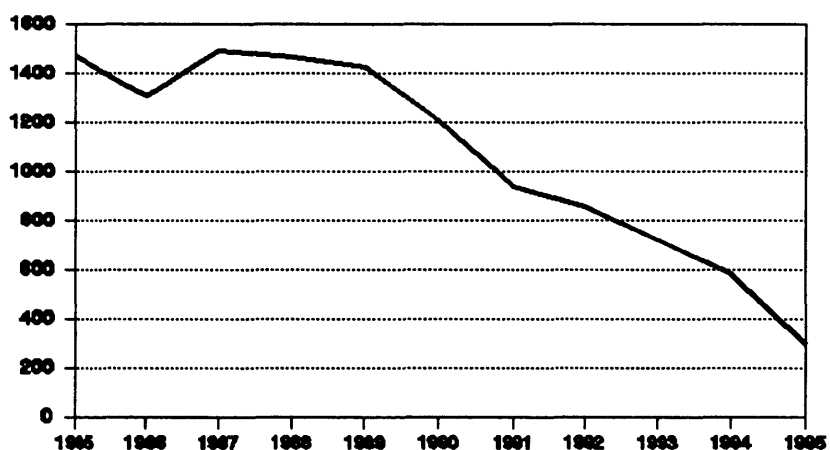
La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en 1990, fijó la meta de que para el año 2000 ningún distrito en ningún país debe presentar una tasa de más de 1 caso de tétanos neonatal por 1.000 nacidos vivos. La estrategia que recomendó la OPS para lograr esta meta es la vacunación de las mujeres en edad fecunda con un mínimo de dos dosis de la vacuna que contiene toxoide tetánico en las zonas donde hay riesgo de que ocurra la enfermedad, y la investigación adecuada de casos que todavía están ocurriendo para permitir el establecimiento de medidas correctivas. Las zonas de alto riesgo se definen según criterios nacionales de los diversos países, pero tienen una o varias características comunes a todos los países:

- zonas con una incidencia de tétanos neonatal superior al promedio nacional en cualquiera de los tres años anteriores;
- zonas con casos anuales recurrentes de tétanos neonatal;

- zonas con uno o varios casos de tétanos neonatal en el año actual;
- zonas que corren peligro debido a indicadores sociales desfavorables.

Como resultado de la estrategia esbozada, se ha logrado un progreso considerable hasta la fecha en los países de la Región de las Américas donde esta enfermedad ha registrado una incidencia alta. Por ejemplo, Bolivia, El Salvador y Honduras han logrado una cobertura acumulada de 90% con la vacuna que contiene toxoide tetánico en las mujeres en edad fecunda de las zonas en riesgo. La figura 2 ilustra la tendencia general de la enfermedad; a pesar de una vigilancia mejor, el número de casos se redujo a la quinta parte desde que se iniciaron los esfuerzos en 1987. Además, durante 1995, se investigaron más de 85% del total de casos notificados, en comparación con solo 43% en 1990. Lo más importante es que, en 1994, 98% del total de distritos de los países que registraban una alta incidencia notificaron un total de cero casos de tétanos neonatal o registraron una tasa inferior a 1 caso por 1.000 nacidos vivos, meta establecida por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (cuadro 2). Si se mantienen estos esfuerzos, la Región de las Américas sí podría lograr la meta fijada para el año 2000.

Figura 2. Número de casos de tétanos neonatal en las Américas, 1985-1995



Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela
FUENTE: PAJ/OPS

Cuadro 2. Número de distritos con menos de 1 caso de tétanos neonatal por 1.000 nacidos vivos, por país: 15 países latinoamericanos, 1994

País	Distritos	Distritos con tasa < 1/1.000 nacidos vivos	
		Número	Porcentaje
Argentina	490	487	99,4
Bolivia	83	82	98,8
Brasil	4.267	4.207	98,6
Colombia	1.023	986	96,4
República Dominicana	129	126	97,7
Ecuador	177	155	88,6
El Salvador	243	239	98,4
Guatemala	331	323	97,6
Honduras	291	287	98,6
México	2.404	2.377	98,9
Nicaragua	147	147	100,0
Panamá	66	64	96,9
Paraguay	214	210	98,1
Perú	1.773	1.711	96,5
Venezuela	750	736	98,1
TOTAL	12.388	12.137	98,0

Fuente: PAI/OPS

2.3 *Mantenimiento de la erradicación de la poliomiélitis*

El último caso confirmado de poliomiélitis parálitica causada por el poliovirus salvaje se produjo el 23 de agosto de 1991 en el pueblo de Pichinaki, departamento de Junín, Perú. En septiembre de 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) en las Américas presentó ante la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana su conclusión de que se había interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas. Cuando se celebre la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo, en junio de 1996, habrán transcurrido casi cinco años desde que se registró el último caso en el Perú. A pesar de los logros que ha obtenido el programa

mundial de erradicación durante los últimos cuatro años y la considerable disminución del número de casos en todo el mundo, la enfermedad todavía ocurre en otras partes del planeta. En consecuencia, es esencial que se mantenga un alto grado de vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA). El análisis de los indicadores de vigilancia de PFA que se recomendaron para ser observados por la CICEP se presenta en el cuadro 3 y corresponde a las primeras 12 semanas de 1996.

Cuadro 3. Indicadores para evaluar la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en América Latina, 1996

País	80% de Unidades que Notifican Semanalmente	80% de Casos Investigados en 48 Horas	80% de Casos con una Muestra Adecuada de Heces	Tasa de PFA
Colombia				
Ecuador				
Honduras				
Nicaragua				
Brasil				
Chile				
Cuba				
México				
Paraguay				
Venezuela				
Bolivia				
El Salvador				
Perú				
Costa Rica				
República Dominicana		---	---	---
Guatemala				
Panamá		---	---	---
Uruguay	---	---	---	---
Argentina	NN	NN	NN	NN
Haití	NN	NN	NN	NN



Satisfacen los criterios



No satisfacen los criterios

NN = no notifican --- = notificaron cero casos

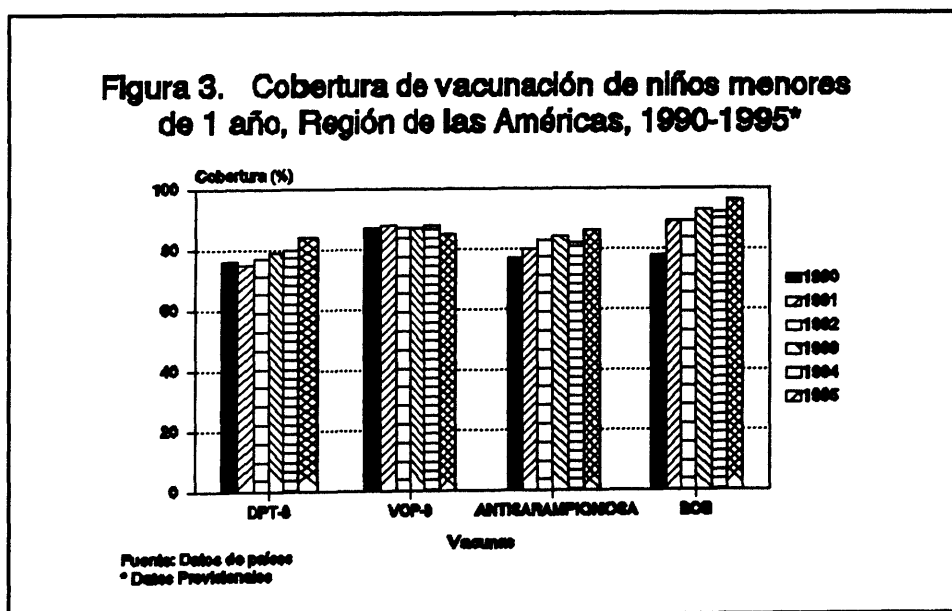
Fuente: Sistema PAI/OPS de Vigilancia de la Erradicación de la Poliomielitis (PESS)

La mayoría de los países mantuvieron buena vigilancia de la enfermedad durante 1995. Sin embargo, durante los primeros tres meses de 1996, aparentemente varias actividades no se mantuvieron en algunos países. En consecuencia, es importante hacer más esfuerzos para garantizar la existencia de una buena vigilancia, con el propósito de detectar los casos cuando ocurra una importación. Tal posibilidad es real, como lo demostró en 1993 la importación del poliovirus salvaje de los Países Bajos al Canadá. Gracias a la existencia de una buena vigilancia, la detección oportuna de la importación, la adopción de medidas de control y la contención del brote, no hubo ninguna propagación a otras comunidades en el Canadá ni en otros lugares de las Américas.

Se insta a los países a que hagan lo posible por que el personal de vigilancia tenga los recursos adecuados para el seguimiento de los casos de parálisis flácida aguda y que los laboratorios de enterovirus estén bien equipados y dotados de personal para que ofrezcan el apoyo de diagnóstico necesario.

2.4 Cobertura de vacunación

La figura 3 presenta las tasas de cobertura de vacunación de 1990 a 1995 de los niños menores de 1 año de edad respecto a las vacunas DPT, antipoliomielítica, antisarampionosa y BCG. Los datos de 1995 todavía son provisionales en algunos países, por ejemplo, en el Brasil. Según puede verse, la cobertura se mantuvo en niveles por encima de 75% en este período; y entre 1992 y 1994, se registró una tendencia decreciente leve, pero con un aparente aumento en 1995.



Los datos representan promedios regionales; por consiguiente, hay países y zonas dentro de los países donde la cobertura es considerablemente inferior (cuadro 4). Será sumamente difícil, si no imposible, eliminar la transmisión del sarampión si la cobertura de vacunación no se mantiene regularmente en niveles muy altos en cada distrito de cada país, para evitar la acumulación rápida de niños susceptibles.

**Cuadro 4. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año:
Región de las Américas, 1995**

Región	País o territorio	DPT-3	VOP-3	Antisaram- pionosa	BCG
Región Andina	Bolivia	87,87	89,38	82,61	77,33
	Colombia	90,83	91,82	77,36	99,32
	Ecuador	73,63	88,90	72,93	100,00
	Perú	94,39	92,49	97,47	95,30
	Venezuela	67,82	85,06	67,33	92,00
Brasil	Brasil	79,97	78,81	87,96	99,22
Centroamérica	Belice	82,88	83,23	87,44	92,08
	Costa Rica	85,00	84,00	94,00	99,00
	El Salvador	99,94	94,20	93,58	100,00
	Guatemala	78,10	83,31	83,70	79,20
	Honduras	96,00	96,00	90,00	99,00
	Nicaragua	84,76	96,08	81,16	100,00
	Panamá	86,00	86,00	84,00	99,00
Caribe de habla inglesa	Anguila	97,24	98,90	92,27	100,00
	Bahamas	87,02	86,01	90,01	-
	Barbados	93,00	93,00	92,02	-
	Granada	95,01	77,01	88,04	-
	Guyana	86,00	87,00	77,00	93,00
	Islas Caimán	97,99	97,99	95,07	75,91
	Islas Vírgenes Británicas	100,00	100,00	100,00	100,00
	Jamaica	90,17	90,22	89,31	97,63
	Montserrat	100,00	100,00	100,00	100,00
	Saint Kitts y Nevis	99,04	99,04	99,04	-
	Santa Lucía	98,02	98,02	94,01	98,02
	San Vicente y las Granadinas	97,02	97,02	100,00	99,01
	Suriname	84,00	81,00	79,00	-
	Trinidad y Tabago	89,00	90,00	90,00	-
Turcas y Caicos	100,00	100,00	99,08	100,00	
Caribe Latino	Cuba	100,00	94,94	100,00	99,41
	República Dominicana	83,40	80,00	85,30	75,50
México	México	91,50	91,90	89,90	97,90
América del Norte	Bermuda	83,40	92,10	86,03	-
Cono Sur	Argentina	66,08	70,24	75,53	96,11
	Chile	97,85	97,85	95,00	80,00
	Paraguay	77,14	77,30	76,32	89,28
	Uruguay	86,87	86,87	83,93	89,93
Total		83,96	85,33	85,60	96,02

* Datos provisionales de 1995, al 2 de abril de 1996

Fuente: PAI/OPS

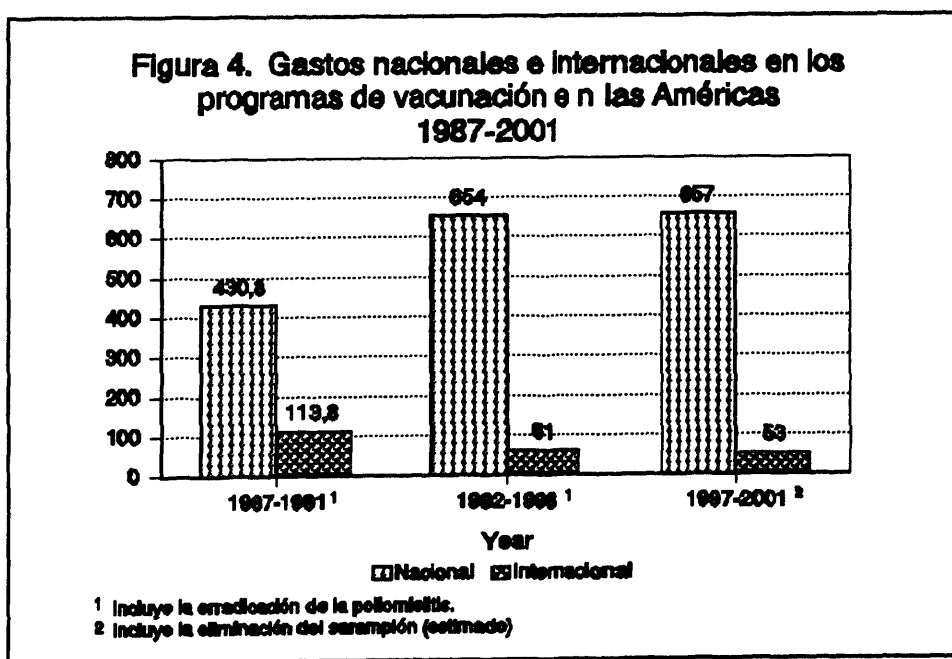
3. Cuestiones financieras y de gestión

El Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión calcula que para el periodo 1997-2001 el costo total de los programas de vacunación en América Latina y el Caribe, incluidas las actividades dirigidas a la eliminación del sarampión, es del orden de US\$ 710 millones. De estos, se calcula que aproximadamente \$53 millones (7,5%) se financiarán con recursos externos y aproximadamente \$657 millones (92,5%) con recursos disponibles a nivel nacional.

Durante el período 1987-1991 las inversiones en los programas de vacunación fueron de aproximadamente \$544 millones, de los cuales \$113 millones (21%) provenían de fuentes externas y \$430 millones (79%) de recursos nacionales.

Respecto al período 1992-1996, que ahora está llegando a su término, se calcula que las inversiones serán del orden de \$715 millones, de los cuales \$61 millones (8,5%) se habrán financiado con fuentes externas y \$654 millones (91,5%) con financiamiento nacional. Las contribuciones nacionales a los programas de vacunación han aumentado constantemente comparadas con los recursos externos, y ello ha garantizado más la sostenibilidad de estos programas.

La figura 4 ilustra la tendencia de estos gastos y muestra un aumento de las inversiones nacionales y una disminución de los recursos externos.



Fuente: PAI/OPS y planes de acción nacionales

Un aspecto importante durante la ejecución de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis fue el inicio de un proceso de estrecha colaboración y coordinación de los organismos internacionales mediante el mecanismo que recibió el nombre de Comité de Coordinación Interagencial (CCI). Inicialmente, el CCI incluía a representantes de los principales colaboradores del programa, que en ese entonces eran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Fundación Rotaria de la Asociación Rotaria Internacional y la OPS. Posteriormente, la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) se unió al CCI y, lo que es más importante, se formaron comités de coordinación interagenciales nacionales y también se incluyeron más socios, tanto organizaciones bilaterales como organizaciones de voluntarios privadas (OVP). Inicialmente, se firmaron memorandos de entendimiento entre los gobiernos y los organismos miembros del CCI para la colaboración durante el quinquenio 1987-1991. A estos memorandos se adjuntó un plan de acción nacional quinquenal en el que se especificaron objetivos, actividades, aportaciones y resultados esperados, lo cual dio lugar a un mecanismo de seguimiento y evaluación.

Después de las experiencias positivas con la campaña de erradicación de la poliomielitis, el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión también pide la colaboración internacional en apoyo de la iniciativa. Se espera que entre 1996 y 2000 varios organismos multi y bilaterales, como la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), la AID, el BID, la Oficina de Cooperación Internacional de los Países Bajos, el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), el Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional (SIDA), y el UNICEF. El Organismo de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y varias organizaciones no gubernamentales o de voluntarios privadas, colaborarán con el programa mediante apoyo multilateral y bilateral. Como ejemplos de organismos que proporcionan apoyo bilateral pueden citarse los casos recientes de la cooperación belga en Bolivia, la cooperación francesa y japonesa en Haití y la cooperación de AID en la Región. En el pasado también hubo donaciones de vacuna antisarampionosa dentro de la Región, como el caso del Brasil que donó 7.000.000 de dosis de la vacuna para la primera campaña centroamericana de vacunación antisarampionosa en 1992.

La OPS ha consultado a varios de estos organismos acerca de su interés en apoyar el programa, y algunos han respondido positivamente. Por ejemplo, la Agencia Española de Cooperación Internacional ya proporcionó una subvención a la OPS de \$650.000 y los servicios de un experto asociado al programa. La OPS está actualmente en las etapas finales de las conversaciones con la AID para la preparación de un convenio de subvención del orden de \$8.000.000, como lo indicó la Primera Dama de los Estados Unidos en el discurso sin precedentes que pronunció ante la OPS en el Día Mundial de la Salud, 1995, y posteriormente durante la Quinta Reunión de Primeras Damas y Cónyuges de Jefes de Estado de las Américas celebrada en Asunción, Paraguay, en

septiembre de 1995. El Banco Interamericano de Desarrollo ha aprobado una subvención a la OPS de aproximadamente \$2.000.000, y los funcionarios de ambos organismos actualmente están negociando los términos del desembolso y la utilización de estos recursos.

Si bien es cierto que la colaboración de los organismos externos es esencial para el éxito del programa, la mayor parte de los recursos tendrán que proporcionarla los países mismos. Es imprescindible que los gobiernos asignen los recursos necesarios para la ejecución de los programas, en particular los requeridos para la compra de vacunas, jeringas y agujas, así como los relacionados con los gastos ordinarios para la ejecución y supervisión de programas, como transporte y viáticos para los trabajadores de salud. Un ejemplo excelente de compromiso nacional es el establecimiento reciente de una línea presupuestaria para las actividades nacionales de vacunación en el presupuesto nacional de Guatemala. Deberían aprobarse leyes similares en todos los países, para garantizar la permanencia de estos programas. La OPS está colaborando activamente con legisladores en diversos países para facilitar este proceso.

El cuadro 5 compara el porcentaje de vacunas adquiridas con fondos nacionales por varios países, en 1990 y 1995. En 1990 la mayoría de las vacunas empleadas en estos países fueron financiadas con fondos externos, pero la mayor parte de las vacunas adquiridas en 1995 se financió con recursos de los presupuestos nacionales, lo cual es un claro indicio de la prioridad que se concede a esta intervención sanitaria, sumamente eficaz en función de los costos.

Cuadro 5. Porcentaje de vacunas adquiridas con recursos nacionales en determinados países, 1990 y 1995

País	1990	1995
Bolivia	10,4%	67,3%
República Dominicana	78,7%	100,0%
Ecuador	76,6%	100,0%
El Salvador	32,8%	86,1%
Guatemala	3,2%	100,0%
Haití	0,0%	0,0%
Honduras	87,1%	98,3%
Nicaragua	0,0%	77,4%
Perú	27,2%	98,5%

Fuente: PAI/OPS y planes nacionales de acción

La participación continua de altos funcionarios obtenida mediante la estrategia fructífera de erradicación de la poliomielitis ha fomentado la participación de otros sectores, organizaciones no gubernamentales y grupos voluntarios. Es probable que esta tendencia continúe si se fomenta adecuadamente. Por ejemplo, los informes de las reuniones de los comités nacionales de coordinación interinstitucional celebradas en 1994 y 1995 en la Región indican un notable aumento de la participación de organizaciones no gubernamentales y organizaciones de voluntarios privadas (OVP) en los programas de vacunación (cuadro 6). Esto ha tenido una repercusión positiva en la movilización de recursos nacionales en apoyo de los programas de vacunación y su sostenibilidad dentro de la infraestructura sanitaria nacional. En la Región Andina, por ejemplo, la información preliminar indica que la mayoría de los recursos en sus planes quinquenales para 1996-2000 provendrá de los países mismos.

Cuadro 6. Número de OVP que colaboran con programas de vacunación en determinados países, 1994 y 1995

País	1994	1995
Bolivia	12	53
República Dominicana	4	8
Ecuador	-	5
El Salvador	42	66
Guatemala	12	7
Honduras	5	20
Nicaragua	4	20
Perú	8	10

Fuente: PAI/OPS e informes de las reuniones de los comités nacionales de coordinación interinstitucional

Estos datos son un buen indicador del fortalecimiento de la infraestructura sanitaria. Esto se observó en el informe de la Comisión Taylor, que documentó la repercusión positiva de los programas de vacunación y la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en los sistemas y servicios de salud de las Américas, así como la sostenibilidad de tales programas, que actualmente revisten alta prioridad en las agendas sanitarias de la mayoría de los países.

Las iniciativas regionales para erradicar la poliomielitis, y ahora para eliminar el sarampión, y los esfuerzos en curso para mantener altos niveles de cobertura de vacunación y controlar otras enfermedades transmisibles, son prueba de la repercusión de los criterios bien coordinados que solo pueden aplicarse cuando hay compromiso nacional y se asignan los recursos necesarios para realizar actividades a nivel regional y de país. Este compromiso continuo nacional e internacional será esencial para afrontar estos retos con éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resolución CSP24.R14. XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre de 1994.
2. Resolución CD25.R27. XXV Reunión del Consejo Directivo. Octubre de 1977.
3. Declaración de Nueva York. Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil, 10 de septiembre de 1990.
4. Resolución CSP24.R16. XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre de 1994.
5. Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el Año 2000.
6. Resolución CD38.R6. XXXVIII Reunión del Consejo Directivo. Septiembre de 1995.
7. Boletín Informativo PAI, Vol. XVIII, No. 1. Febrero de 1996.
8. Fenner F, Henderson DA, Arita I, et al. Smallpox and Its Eradication. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1988.
9. Organización Panamericana de la Salud. Weekly Measles Surveillance Bulletin. Vol. 1, No. 52. 30 de diciembre de 1995.
10. Organización Panamericana de la Salud. Weekly Measles Surveillance Bulletin. Vol. 2, No. 11. 16 de marzo de 1996.
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de la Reunión Centroamericana de Gerentes del PAI. Documento 1995-000021. Agosto de 1995.
12. De Quadros CA, Olive JM, Hersh BS, et al. Measles Elimination in the Americas: Evolving Strategies. Journal of the American Medical Association (JAMA). 17 de enero de 1996, Vol. 275, 3:224-29.
13. Informes de países y base de datos de la OPS sobre tétanos neonatal. 1996.

14. Organización Panamericana de la Salud. Weekly Poliomyelitis Surveillance Bulletin. Vol. 11, No. 12. 23 de marzo de 1996.
15. Planes de acción nacionales quinquenales de vacunación para los períodos 1987-1991 y 1992-1996 y proyecciones para el período 1997-2001.
16. Actas de las reuniones de los comités coordinadores institucionales celebradas a nivel nacional.
17. Organización Panamericana de la Salud. Impact of the Expanded Program on Immunization and the Polio Eradication Initiative on Health Systems in the Americas. Final Report of the Taylor Commission. Document 1995-000003. Marzo de 1995.