



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



97a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1986

Tema 4.7 del programa provisional

CE97/18 (Esp.)
17 abril 1986
ORIGINAL: INGLES

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

Informe del Director sobre el progreso alcanzado

Este informe de actividades se presenta a la 97a Reunión del Comité Ejecutivo en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución XXII de la XXXI Reunión del Consejo Directivo (1985). El informe contiene una descripción del progreso alcanzado en el Programa Ampliado de Inmunización desde septiembre de 1985, en particular, las actividades realizadas a niveles nacional y regional tras de haber adoptado la decisión de acelerar el PAI y el Plan de Acción para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas en 1990.

Las principales actividades realizadas a niveles nacional y regional se relacionan con la aceleración de los programas de inmunización y el fortalecimiento de la vigilancia para la pronta detección de casos sospechosos de poliomielitis, la investigación de casos y la institución inmediata de medidas de control. Se prepararon propuestas para asignación de subvenciones en apoyo de las actividades de los programas regionales y nacionales, que actualmente son objeto de revisión final por parte de AID y el BID. El Club Rotario Internacional y UNICEF han ampliado el apoyo prestado a los programas de país.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION	1
II. PROGRESO ALCANZADO HASTA LA FECHA	1
2.1 Estado de las enfermedades objeto del PAI en la Región	1
2.2 Reuniones regionales de administradores del PAI . .	4
2.3 Planes nacionales de acción	5
2.4 Aceleración del Programa	5
2.5 Análisis de los laboratorios nacionales	7
2.6 Manual técnico sobre la erradicación de la poliomielitis	7
2.7 Vigilancia	8
2.7.1 Pautas para la vigilancia	8
2.7.2 Cursos sobre vigilancia	9
2.8 Reunión del Grupo Asesor Técnico	10
2.9 Evaluaciones	10
III. COORDINACION INTERAGENCIAL	11
ANEXO: Informe Final de la segunda reunión del Grupo Asesor Técnico del PAI sobre la erradicación de la poliomielitis en las Américas	

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

I. INTRODUCCION

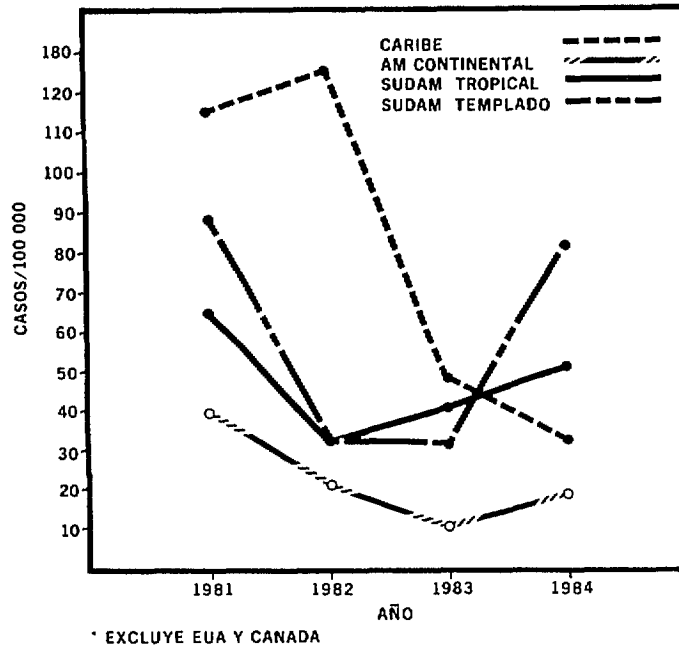
El Programa Ampliado de Inmunización en las Américas (PAI) ha logrado grandes adelantos desde que se instituyó en la Región de las Américas en 1977. La cobertura de inmunización llegó casi a duplicarse entre 1977 y 1984, aumentando de 25-30% a más de 60% entre los niños menores de un año. En consecuencia, se han reducido mucho las tasas de incidencia de las seis enfermedades objeto del PAI (sarampión, poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos ferina y tétanos). Esos logros han sido particularmente espectaculares en el caso de la poliomielitis y han llevado a la decisión de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis del hemisferio occidental en 1990. En 1985 hubo varios acontecimientos importantes que sentaron la base de esta nueva iniciativa. En mayo, el Director de la Organización Panamericana de la Salud anunció la propuesta de la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis; en julio, la primera reunión del Grupo Técnico Asesor en erradicación de la poliomielitis aprobó una Acción propuesta; en septiembre, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución en la que se declaró que las metas establecidas en la Acción propuesta constitúan uno de los principales objetivos de la Organización y en octubre, se celebró la primera reunión del Comité de Coordinación Interagencial para discutir la forma en que otras instituciones podrían apoyar las actividades de erradicación de la poliomielitis.

II. PROGRESO ALCANZADO HASTA LA FECHA

2.1 Estado de las enfermedades objeto del PAI en la Región

La mayoría de los países del Caribe han logrado elevadas coberturas de vacunación entre los niños menores de un año y han podido reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades objeto del PAI a niveles mínimos. El sarampión sigue siendo la enfermedad notificada con más frecuencia entre las prevenibles objeto del PAI en casi todos los países. En el gráfico 1 se presentan las tasas de incidencia por sarampión entre 1981-1984, desglosadas por subregiones. Solo la subregión del Caribe ha experimentado un notable descenso en la incidencia del sarampión durante ese período. A causa de los deficientes sistemas de vigilancia de muchos países, se desconoce la magnitud de las defunciones causadas por tétanos neonatal. Los datos provisionales correspondientes a tos ferina y a difteria indican que en 1985 más de la mitad de los casos notificados en la Región correspondieron a Sudamérica tropical. Sin embargo, los deficientes sistemas de vigilancia de algunos países dificultan la documentación precisa de la magnitud de estas dos enfermedades.

Gráfico 1. Incidencia del sarampión en las Américas,
por subregión, 1981-1984*



Se ha observado una continua tendencia descendiente en la actividad de la poliomielitis desde que se estableció el PAI en 1977 (Gráfico 2). Los casos notificados en la Región, que ascendían a miles en los años 60 y 70, hoy en día solo representan algunos centenares. A finales de 1985, se habían notificado 471 casos de poliomielitis en 13 países de América Latina y el Caribe, en comparación con 542 casos notificados en 14 países en 1984. Durante las 14 primeras semanas de 1986, se notificaron 199 casos en siete países de la Región (Cuadro 1) en comparación con 119 casos en nueve países en el mismo período en 1985. Ese aumento se debe muy posiblemente a una vigilancia epidemiológica más activa que ha resultado en la notificación de una mayor proporción de casos a las autoridades sanitarias.

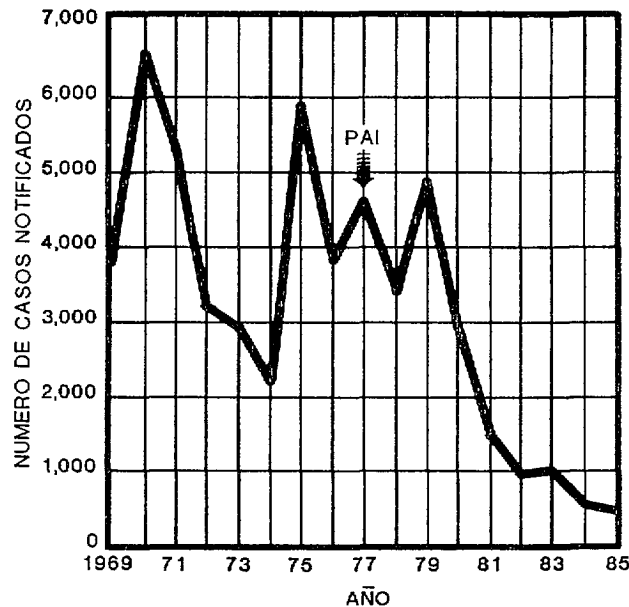
Cuadro 1. Casos notificados de poliomielitis en la Región de las Américas por país, 1984, 1985 y 14 primeras semanas de 1986*

País	1984	1985	1986 (14 primeras semanas)
Argentina	--	2	--
Brasil	82	138	108
Canadá	1	--	--
Colombia	18	19	19
Ecuador	--	1	--
El Salvador	19	6	--
Estados Unidos de América	7	5	--
Guatemala	6	26	19
Haití	63	80	6
Honduras	76	4	1
México	128	144	44
Paraguay	3	3	--
Perú	129	39	2
República Dominicana	--	2	--
Suriname	1	--	--
Venezuela	9	2	--
Total de casos	542	471	199

-- Ningún caso

* Los países no enumerados no han notificado ningún caso de poliomielitis desde 1984.

Gráfico 2. Número anual de casos notificados de poliomielitis en la Región de las Américas, 1969-1985



Para seguir la trayectoria de la actividad poliomiélfítica a nivel Regional, en enero de 1986 la OPS instituyó un sistema de notificación semanal por télex. Se solicita a cada País Miembro que envíe un télex todos los lunes a la OPS indicando el número de casos notificados de poliomiélfitis en la semana epidemiológica anterior, junto con el número de casos notificados en el mismo período del año precedente y el número acumulativo de casos notificados tanto en el año en curso como en el año precedente. El sistema exige que se envíe esa información semanalmente aun cuando no haya casos. Los países de habla inglesa del Caribe y Suriname envían sus notificaciones al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en Puerto España, Trinidad, que a su vez envía un télex semanal a la OPS. Todos los miércoles la OPS envía un télex a cada país indicándole el número acumulativo de casos notificados por país en el período de notificación más reciente y el número acumulativo de casos notificados en el mismo período del año precedente.

Los países con casos sospechosos de poliomiélfitis han instituido mecanismos para asegurar la investigación inmediata de casos y la aplicación de medidas de control. La oficina Regional también está preparada para ayudar a los países en todas las fases de la investigación y el control de la poliomiélfitis.

2.2 Reuniones regionales de los administradores del PAI

Con la finalidad de fortalecer aun más el PAI y de mejorar las actividades de erradicación de la poliomiélfitis en todos los territorios de la Región, los administradores nacionales del PAI del Caribe de habla inglesa y de América Latina se reunieron en noviembre de 1985 y en mayo de 1986, respectivamente. Estas reuniones tuvieron por objetivos analizar y evaluar los adelantos logrados hasta la fecha respecto de las metas de cobertura fijadas en reuniones anteriores e intercambiar ideas sobre la forma de corregir los problemas que impiden el progreso de los programas nacionales. Además, cada país preparó un plan nacional de acción en el que se detallaban las actividades específicas necesarias para lograr la meta de la erradicación hemisférica del virus salvaje de la poliomiélfitis y fortalecer la infraestructura de salud.

Se pidió a cada país que revisara los adelantos logrados en el PAI en relación con la morbilidad y mortalidad notificadas por enfermedades objeto del PAI y que identificara los problemas específicos que impiden el logro de elevadas metas de vacunación y los problemas técnicos y administrativos relacionados con los sistemas de cadena de frío, información y vigilancia. Se hizo particular hincapié en las presentaciones técnicas y las discusiones relativas a educación sanitaria y movilización social para instar a los sectores público y privado a buscar servicios de inmunización y ayudar a los proveedores de salud en la organización y prestación de los mismos.

Los asistentes discutieron asuntos de vigilancia y problemas relativos a la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis. Se determinó que el mejoramiento de los sistemas de vigilancia para detección de casos sospechosos de poliomielitis, mediante perfeccionamiento de la definición de casos, el diagnóstico y las medidas de control, junto con un sólido apoyo de los laboratorios, es una excelente base para ampliar la capacidad operativa de los futuros sistemas de vigilancia de otras enfermedades objeto del PAI.

2.3 Planes nacionales de acción

A fin de lograr la meta de la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis en la Región y asegurar la viabilidad futura de los programas de inmunización, cada país preparó un plan de acción preliminar para discusión en las reuniones de los administradores del PAI. Dichos planes de acción preparados para las reuniones de 1985-1986 se concentraron en las mejoras en la infraestructura de salud, el desarrollo de recursos humanos, el establecimiento de metas para la cobertura de vacunación y la reducción de las enfermedades, estrategias para mejorar la cobertura vacunal y presupuestos detallados, incluido el análisis de costos permanentes.

En la zona del Caribe, cinco países incluyeron la vacunación contra rubéola en sus planes nacionales de inmunización, lo que indica que los programas correspondientes están suficientemente avanzados para entrar a combatir otras enfermedades de importancia para la salud pública. La mayoría de los países enumeraron actividades específicas en relación con el cumplimiento de la meta de erradicación de la poliomielitis, que comprendieron desde vacunación antipoliomielítica acelerada hasta formación en la vigilancia de la poliomielitis y el manejo de la cadena de frío y mejoras en los sistemas de supervisión y transporte.

La versión preliminar de los planes nacionales de acción se ha sometido a perfeccionamiento y discusión a nivel de país así como a las autoridades sanitarias y a los organismos multilaterales y bilaterales con el fin de definir cuáles son los insumos necesarios para asegurar el logro de los objetivos del programa.

2.4 Aceleración del Programa

A fin de fomentar el logro de la meta de inmunización para 1990, cumplir con la meta de erradicación del virus salvaje de la poliomielitis y reducir la incidencia de otras enfermedades objeto del PAI, varios países de la Región emplean actualmente diversas estrategias para ampliar la cobertura vacunal.

En México se organizaron en enero y marzo de 1986 dos jornadas nacionales de vacunación antipoliomielítica para incrementar rápidamente la cobertura vacunal y, al mismo tiempo, controlar la transmisión de la

enfermedad. Esta operación, que duró dos días, resultó en la vacunación de más de 9 millones de niños menores de cinco años, cifra que equivale a más del 80% de la población de esa edad. En Paraguay se realizaron las primeras jornadas nacionales de vacunación en septiembre y noviembre de 1985, período en que se aplicó la vacuna antipoliomielítica a 95% de la población menor de cuatro años.

En Perú se celebraron tres jornadas nacionales de vacunación en 1985 y 1986 en las que más de un 25% de los niños menores de un año recibieron las vacunas DPT, antisarampionosa y antipoliomielítica. En Ecuador se celebraron también tres jornadas nacionales de vacunación para ampliar la cobertura con esas tres vacunas, cuyos resultados están todavía pendientes.

En 1986 se lanzaron jornadas nacionales de vacunación en Belice y Guatemala para mejorar la cobertura vacunal. En Belice se realizan tres rondas de vacunación, cada una de seis semanas de duración, para mejorar la cobertura mientras que en Guatemala se efectúan tres de cuatro días. En ambos países las jornadas nacionales incluyen vacunación de la población destinataria con las vacunas antipoliomielítica, DPT y antisarampionosa.

En todos los países citados se prepararon planes detallados para cada nivel del sistema de salud. Se establecieron comités de organización para realizar y supervisar las preparaciones para la aplicación de la vacuna, las compras de equipo de la cadena de frío y otros suministros de esa especie para administrar vacunas, capacitar a los auxiliares de salud y a los voluntarios y crear puestos de vacunación temporeros. Quizá uno de los elementos clave de todas las actividades aceleradas aquí analizadas ha sido la publicidad en masa y la movilización de esos países. Sin esa clase de actividad, la cobertura lograda mediante las estrategias aceleradas habría sido muy inferior.

Los Gobiernos, junto con la OPS, USAID, UNICEF y el Club Rotario Internacional contaron con la cooperación de voluntarios de la comunidad y cobertura gratuita de la prensa del sector privado a fin de movilizar el apoyo popular. Merece destacarse particularmente la valiosa asistencia prestada por los Rotarios locales con aportes en efectivo y actividades de promoción de las jornadas nacionales de vacunación en varios países.

En Brasil 164 auxiliares de salud de diferentes estados, que trabajan en los campos de epidemiología, control de enfermedades, educación sanitaria y comunicación social y análisis de laboratorio, se reunieron por tres días para discutir los mecanismos técnicos y administrativos necesarios para fortalecer las actividades del PAI y las de erradicación de la poliomielitis.

La reunión fue una clara demostración del compromiso que ha adquirido este país para proteger a la población infantil y lograr las metas del PAI, especialmente la rápida interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje.

2.5 Análisis de los laboratorios nacionales

Una de las principales recomendaciones de la primera reunión del Grupo Técnico Asesor consistió en analizar los laboratorios nacionales de la Región para determinar sus puntos fuertes y débiles, particularmente en lo que respecta al apoyo para las actividades de erradicación de la poliomielitis. Se han realizado evaluaciones en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Perú, Trinidad (CAREC) y Venezuela.

De conformidad con el Plan de Acción para la erradicación de la poliomielitis, todos los países deben tener acceso a laboratorios para efectuar los respectivos estudios. El análisis de los laboratorios indicó que los métodos de aislamiento e identificación del virus salvaje de la poliomielitis están bastante bien normalizados pero que no es ese el caso de los métodos de serología del poliovirus y de titulación de vacunas. Están muy difundidos los problemas relacionados con los cultivos tisulares así como los de recogida y de envío de especímenes. La falta de suministros y de equipo (por ejemplo, reactivos normales y termómetros) es un grave problema en la mayoría de los laboratorios. También se subrayó el hecho de que la capacitación de personal será una parte indispensable de las actividades destinadas a mejorar el apoyo prestado por laboratorios. Es de particular importancia para las actividades de control de la poliomielitis reducir a un mínimo el intervalo entre la recogida de especímenes y el recibo de los resultados de los análisis del laboratorio. Pese a esas limitaciones, se encontró que con ayuda suplementaria, varios laboratorios parecen contar con la capacidad para prestar el apoyo necesario tanto a sus propios países como a otros de la Región.

2.6 Manual técnico sobre la erradicación de la poliomielitis

Con ulterioridad a la aprobación del Plan de Acción para la erradicación de la poliomielitis por parte del Consejo Directivo en septiembre de 1985, se inició el trabajo preliminar de preparación de un manual técnico para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. El manual se divide en cinco capítulos que cubren con detalle la mayoría de los asuntos tratados en el Plan de Acción y se destina a ayudar a las autoridades nacionales y a los administradores de programa en la preparación de manuales nacionales o pautas para la erradicación de la poliomielitis.

En el manual se reseña la situación de la poliomielitis en las Américas durante el período 1969-1985 y se explica la epidemiología de la enfermedad. Se discute la vigilancia epidemiológica y la organización de

los sistemas de notificación así como las investigaciones epidemiológicas, la evaluación de la cobertura vacunal y los análisis de datos. En el capítulo sobre diagnóstico de laboratorio se cubren temas que van desde la recogida, la conservación y el envío de especímenes hasta el análisis y la interpretación de los resultados. Hay también un capítulo sobre vacunas y estrategias de vacunación en el que se aborda la organización de programas ordinarios así como de campañas especiales y jornadas nacionales de inmunización y control de brotes. El último capítulo trata de los aspectos clínicos de la enfermedad y de su diagnóstico diferencial y contiene una guía para el examen físico de los pacientes y la verificación de las secuelas.

El primer borrador del manual se ha sometido a una segunda revisión después de que se hizo circular a los miembros del Grupo Asesor Técnico del PAI y a otros expertos sobre el tema y se recibieron sus comentarios. Se espera tener la versión final de este importante instrumento del programa lista para amplia distribución en la próxima reunión del Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1986.

2.7 Vigilancia

2.7.1 Pautas para la vigilancia

Además del proyecto de manual indicado en la sección 2.6 supra, se ha preparado una serie de pautas para maximizar la sensibilidad y la especificidad de la vigilancia de la poliomielitis en las Américas. Estas pautas son necesarias para poner en práctica las medidas de control en forma oportuna y eficaz y vigilar más rigurosamente la marcha de las actividades conducentes a la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje en 1990. Fueron preparadas con la colaboración de los Centros de Control de las Enfermedades, Atlanta, Georgia, y se aplican actualmente en algunos países de la Región, principalmente Brasil y México. Sus objetivos son las siguientes:

- Identificación de las zonas geográficas más expuestas al riesgo de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis, partiendo de los datos de vigilancia disponibles, la densidad demográfica y el estado socioeconómico y la cobertura con la vacuna antipoliomielítica oral de los niños menores de cinco años.
- Rápida identificación y notificación de todos los casos sospechosos de poliomielitis en las zonas con un grado elevado y mínimo de exposición.
- Investigación rápida y uniforme de todos los casos sospechosos para efectuar una clasificación preliminar de "caso nulo" o "caso probable".

- Acopio de información clínica y demográfica detallada sobre todos los casos probables y recogida de especímenes para diagnóstico de laboratorio.
- Investigaciones inmediatas en el vecindario y la comunidad de cada caso probable para determinar la existencia de otros casos, vacunar a los susceptibles en la comunidad que rodea al caso probable y determinar la amplitud de las actividades de vacunación en las comunidades contiguas.
- Determinación oportuna de la clasificación final de todos los casos.
- Mantenimiento de sistemas de registro detallados, uniformes, precisos y actualizados para vigilar los adelantos hacia el cumplimiento de los objetivos fijados para 1990.

Los principales componentes del sistema son la identificación y capacitación de personal dedicado a niveles estatal y provincial para encargarlo de las actividades de vigilancia; el establecimiento de niveles adecuados de cobertura con la vacuna antipoliomielítica oral en las poblaciones expuestas de cada comunidad; la investigación uniforme de casos y brotes; la institución de sistemas apropiados de registro y la realización de actividades de contención.

2.7.2 Cursos sobre vigilancia

Las facultades de salud pública siguen participando decididamente en las actividades de capacitación del PAI, destinadas actualmente sobre todo a vigilancia. Los materiales para un curso de vigilancia patrocinado por el PAI fueron producidos en un principio por la Facultad de Salud Pública de Río de Janeiro y posteriormente traducidos y adaptados por la Facultad de Salud Pública de Buenos Aires. En el curso se tratan asuntos relativos a la organización de sistemas de vigilancia para los auxiliares de salud en los diferentes niveles del sistema. El primer curso regional se celebró en Buenos Aires con la participación del cuerpo docente de ambas facultades así como de la Facultad de Salud Pública de México. Estas tres facultades organizaron ulteriormente un curso similar celebrado en Managua, Nicaragua, para participantes de América Central y México. Con la experiencia derivada de estos dos cursos, las tres facultades de salud pública han preparado una versión final conjunta de los materiales del curso y seguirán cooperando con la OPS y sus Países Miembros en este importante componente del programa.

La Facultad de Salud Pública de México suscribió un acuerdo con la OPS similar a los vigentes con la Facultades de Salud Pública de Brasil y Buenos Aires. Además de producir materiales y de celebrar cursos sobre vigilancia, la facultad realizará también investigaciones operativas, particularmente sobre la identificación de las zonas expuestas al riesgo

del tétanos neonatal en México y los patrones epidemiológicos del sarampión en la ciudad de México. Ambas actividades le ayudarán al Ministerio de Salud de México a definir sus estrategias para el control de estas dos enfermedades prioritarias.

2.8 Reunión del Grupo Asesor Técnico

La segunda reunión del Grupo Asesor Técnico del PAI en erradicación de poliomielitis en las Américas se celebró en la ciudad de México del 15 al 17 de enero de 1986. De conformidad con lo expuesto en el Plan de Acción para la erradicación de la poliomielitis, el Consejo Directivo de la OPS, en su XXXI Reunión, recomendó que los asuntos de vigilancia fueran abordados por los programas con la mayor prioridad. En consecuencia, desde septiembre de 1985 se ha puesto especial empeño en obtener mayor información sobre los asuntos operativos en materia de vigilancia. El Ministerio de Salud del Brasil realizó investigaciones especiales que sirvieron de base para las discusiones celebradas durante esta reunión.

Las principales recomendaciones de los miembros del Comité Asesor Técnico incluyeron nuevas definiciones de los casos sospechosos, probables y confirmados de poliomielitis; la importancia de mantener una cobertura vacunal mínima del 80% de los niños menores de un año, no solo a nivel nacional sino en cada división geopolítica, y la necesidad de investigar en el laboratorio todos los casos diagnosticados como Síndrome de Guillain-Barré. El grupo formuló también otras recomendaciones relativas a las actividades de contención, el mejoramiento de las actividades de búsqueda e investigación de casos, el apoyo de los laboratorios y las necesidades inmediatas que merecen investigarse más a fondo. En el Anexo I se incluye el informe completo de dicho grupo.

La próxima reunión del grupo se ha programado provisionalmente para la primera semana de septiembre de 1986 en Brasilia. Entre los principales temas sugeridos para inclusión en el programa están una revisión de los manuales de laboratorio y vigilancia y control actualmente en preparación, la discusión de los principales asuntos relativos a investigación y el análisis de la experiencia adquirida con actividades de vigilancia intensificadas (por ejemplo, las realizadas en Brasil, México y quizá otros países). Además, se consideró que deben iniciarse las discusiones relativas al proceso de certificación de la erradicación y que es necesario analizar la experiencia hemisférica en lo que respecta a la poliomielitis relacionada con la vacuna.

2.9 Evaluaciones

La evaluación periódica de los PAI nacionales sigue siendo un importante componente del programa regional. Ocho países realizaron evaluaciones de sus programas regionales en 1985, tres de ellos por primera vez (México, Paraguay y Suriname). Se realizaron evaluaciones conjuntas del Programa Ampliado de Inmunización/Control de las Enfermedades Diarreicas en Ecuador en septiembre de 1985 y en Suriname en noviembre-diciembre de 1985.

En general, estas evaluaciones indican que los países siguen efectuando importantes mejoras en la cobertura vacunal, conducentes a una menor tasa de morbilidad por las enfermedades objeto del PAI. Sin embargo, sigue habiendo problemas comunes que deben resolverse sin demora para que el PAI pueda lograr sus metas para 1990. Se destacan entre estos la necesidad de instituir dinámicos sistemas de vigilancia, el mejoramiento del apoyo prestado por los laboratorios, la institución de sistemas de información fiables, la falta de equipo apropiado para la cadena de frío y la necesidad de disponer de un mayor número de técnicos especializados en la cadena de frío que estén mejor adiestrados.

Desde que se introdujo la metodología de evaluación multidisciplinaria del PAI en 1980, 18 países de las Américas han realizado una extensa evaluación de sus programas nacionales de inmunización. Nueve de esos países han realizado también evaluaciones ulteriores para determinar el éxito logrado en la puesta en práctica de las recomendaciones de la evaluación anterior y preparar nuevos planes de trabajo para los próximos dos años.

Del 22 al 24 de enero de 1986 se celebró en Washington, D.C., una reunión conjunta sobre las metodologías para la evaluación de los programas de vacunación a la que asistieron representantes de UNICEF, OPS/OMS y el Banco Mundial. Se acordó que el proceso debe incluir una evaluación del PAI en general, inclusive actividades de movilización social, evaluación de la cobertura y estudios del costo-eficacia. Para fines de la evaluación general del programa, la metodología deberá ser la empleada por la OPS/OMS e incorporar aspectos relativos a movilización social. En el análisis de costos se habrán de incluir estimaciones del costo total, el costo incremental en moneda local y en dólares, y los costos sociales. La metodología para los estudios de costos se basará en el Documento EPI-GEN-79.5 de la OMS.

Con el fin de normalizar y ensayar la metodología de evaluación propuesta, el grupo recomendó utilizarla en algunos de los países que han realizado actividades recientemente para acelerar el PAI (Perú, Ecuador y Belice) o que se proponen hacerlo (Guatemala).

III. COORDINACION INTERAGENCIAL

3.1 Después de las dos primeras reuniones del Comité de Coordinación Interagencial, formado por representantes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID), el Club Rotario Internacional, UNICEF y la OPS, esta preparó varias propuestas que envió ulteriormente al BID y a AID. En esas propuestas se solicitan subvenciones por un total de \$26,1 millones (\$20,6 millones de AID y \$5,5 millones del BID). En el cuadro 2 se presenta un presupuesto provisional por organismo donante y partidas.

La subvención solicitada a AID se empleará para cubrir rubros como personal, reuniones, apoyo de los laboratorios, difusión y evaluación de información, fomento, supervisión y control de brotes, cadena de frío,

investigaciones operativas y las actividades de una comisión internacional de certificación. La subvención solicitada al BID cubriría los gastos relativos a la capacitación en todos los niveles del sistema de salud, los contratos con personal local para fortalecer el programa del PAI en los países más expuestos y los honorarios de los consultores contratados a corto plazo para apoyar las actividades del programa en los diversos países de la Región. Las propuestas están en la última etapa de revisión por parte de ambas agencias y se espera haber llegado a una decisión sobre ambas para cuando el Comité Ejecutivo de la OPS se reúna en junio de 1986.

Cuadro 2. Presupuesto provisional por agencia donante y partida, 1986-1990 (en miles de dólares)

Partida	USAID	OPS	BID	UNICEF	Club Rotario	Total
Personal						
Interpaíses	1.832	1.900				3.732
Dentro del país			1.650			1.650
Consultores			1.750			1.750
Capacitación			2.100			2.100
Reuniones	553	250				803
Laboratorios	1.666	200				1.866
Información	167	350				517
Evaluación	1.610	600				2.210
Promoción	3.350			750		4.100
Supervisión y vigilancia	4.252			1.750		6.002
Certificación	370					370
Cadena de frío	1.006	500		2.000		3.506
Investigaciones	2.171	200				2.371
Vacunas					10.700	10.700
Imprevistos	982			500		1.482
Costos generales	2.641	650*		*	**	3.291
Total	20.600	4.650	5.500	5.000	10.700	46.450

*Los costos generales relacionados con la aportación de UNICEF serán sufragados por la OPS.

**Los costos generales relacionados con la compra de vacunas serán sufragados según lo dispuesto en el reglamento del Fondo Rotatorio.

Aunque habrá una deficiencia global de fondos en el presupuesto ordinario de la OPS para el bienio, el Director aprobó fondos adicionales para proceder con las actividades más urgentes y evitar que el programa perdiera impulso.

3.2 UNICEF ha apoyado las actividades de aceleración en varios países y ha programado de manera provisional unos \$10 millones para apoyar las metas del PAI y las actividades de erradicación de la poliomielitis en los próximos cinco años. En febrero de 1986 UNICEF/OPS celebraron una reunión para discutir los adelantos alcanzados y establecer actividades conjuntas para el resto del año. Se acordó que ambas agencias, junto con AID, el Club Rotario Internacional y otras instituciones interesadas en apoyar al programa, participarían en la preparación de los planes nacionales de trabajo discutidos en la reunión de administradores latinoamericanos del PAI que se celebrará en mayo de 1986 (véase la sección 2.1).

Se celebró una discusión especial sobre la recomendación conjunta que se hará respecto de la estrategia que es preciso seguir en cuanto a los países que notifican casos de poliomielitis (los clasificados en el Grupo I del Plan de Acción para la erradicación de la poliomielitis de las Américas 1990; véase el Documento OPS/OMS-CD31/7, Anexo II, julio de 1985). Esos países se pueden agrupar de la manera siguiente:

a) Países que no han iniciado todavía ninguna medida para acelerar el PAI y que deben recibir apoyo para ese fin. En el momento de celebrarse la reunión esos países eran Guatemala, Honduras y Haití.

b) Países que han iniciado las jornadas nacionales de vacunación y a los que se debe instar a mantenerla: El Salvador, Colombia, Paraguay, Perú, México y Ecuador.

c) Países en que la actual estrategia no exige modificación sustancial: Argentina, Jamaica y Venezuela.

La OPS y el UNICEF han prometido continuar su estrecha colaboración en apoyo de las actividades de país y desplegar los esfuerzos necesarios para coordinarlas con otras agencias participantes en programas de inmunización a nivel de país.

3.3 El Club Rotario Internacional se ha comprometido a fomentar la inmunización antipoliomielítica de todos los niños del mundo y a prestar asistencia en ese sentido. Por medio del Programa PolioPlus, el Club Rotario proporciona a los países todas las vacunas antipoliomielíticas necesarias hasta por cinco años consecutivos. En las Américas dicho Club trabaja en estrecha colaboración con la OPS y ha apoyado plenamente la meta de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis del hemisferio. Hasta abril de 1986 el Club Rotario ha efectuado subvenciones para el Programa PolioPlus por un monto superior a \$3,5 millones para apoyo a 12 países de las Américas, a saber, Argentina, Belice, Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay y Santa Lucía. También ha desempeñado con mucho

éxito una importante función en materia de movilización social, estimulando a los Rotarios locales y a otros miembros de la comunidad a ayudar a los Gobiernos en la organización y entrega de vacunas durante las jornadas nacionales de vacunación.

La función del Club Rotario como catalizador para agrupar los recursos públicos y privados en apoyo de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis debe servir de estímulo a otras instituciones, particularmente los organismos no gubernamentales, para apoyar las actividades nacionales destinadas a lograr esa meta.

3.4 La coordinación interagencial desempeñará un papel cada vez más importante en el establecimiento de programas de inmunización viables durante el resto del decenio. La creación de un sistema sólido de atención primaria de salud exige que se dé máxima prioridad al desarrollo de la capacidad institucional, tarea que se puede facilitar mucho al juntar los recursos y la experiencia práctica de las fuentes nacionales y los donantes.

El apoyo externo desempeñará un papel crucial en la aceleración de los programas de inmunización necesarios para lograr la meta de erradicación de la poliomielitis. El proceso exigirá mejoras en los sistemas de atención de salud que reportarán un beneficio no solo para los programas de inmunización sino también para otras intervenciones de atención primaria de salud. La aceleración de programas entrañará una mejor estructura orgánica y administrativa, que se extenderá desde el nivel nacional hasta el de los establecimientos de salud e incluirá la participación a nivel de la aldea. Exigirá además un mejor sistema de distribución para algunos agentes biológicos manejables y suministros así como un sistema de información organizado para determinar el progreso y el éxito del programa en materia de control de la enfermedad. Se adiestrará personal en todos los niveles no solo en los aspectos técnicos relativos a la epidemiología y al control de las enfermedades sino en los concernientes a la capacidad de solucionar programas y a otras aptitudes administrativas pertinentes para la aplicación de medidas curativas y preventivas a nivel de la atención primaria. Además, el esfuerzo de erradicar una enfermedad moviliza los recursos nacionales que generalmente no utiliza el sector de salud.

El trabajo por alcanzar las metas del PAI y en particular la erradicación de la poliomielitis mejorará la estructura existente y, de esa forma, ayudará a fortalecer los programas de inmunización en toda la Región. La activa participación de las agencias externas es crucial para este proceso y reportará beneficios perdurables para los sistemas nacionales de atención primaria de salud.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



PAI/86/001

SEGUNDA REUNION DEL GRUPO ASESOR TECNICO (GAT) DEL PAI

EN ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS

15-17 de enero de 1986

Ciudad de México, México

INFORME FINAL

SEGUNDA REUNION DEL GRUPO ASESOR TECNICO (GAT) DEL PAI EN
ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS
15-17 de enero de 1986
CIUDAD DE MEXICO, MEXICO

Poco después del anuncio hecho el 15 de mayo de 1985 sobre la meta de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas en 1990, el Director de la Organización Sanitaria Panamericana (OPS) nombró un Grupo Asesor Técnico (GAT) encargado de prestar asesoramiento y apoyo continuos para el establecimiento y la aplicación de estrategias destinadas a lograr esa meta dentro del marco del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El trabajo de la primera reunión del GAT celebrada en julio de 1985 comprendió el análisis, la revisión y la aprobación de un plan de acción. Dicho plan se presentó ulteriormente al Consejo Directivo de la OPS y fue aprobado por medio de la Resolución XXII de la XXXI Reunión celebrada en septiembre de 1985.

Una de las principales recomendaciones emanadas de dicha reunión fue la necesidad de abordar los asuntos relativos al trabajo de laboratorio y a la vigilancia en forma detallada en la próxima reunión y de acopiar de tanta información como fuera posible a manera de ayuda para las discusiones.

Desde la primera reunión del GAT, un Comité de Coordinación Interagencial se ha reunido dos veces con representantes de la OPS, UNICEF, USAID y el Club Rotario Internacional. Se han presentado propuestas de financiamiento al Banco Interamericano de Desarrollo y a la Agencia para el desarrollo Internacional de los Estados Unidos; el Club Rotario Internacional ha asegurado el suministro de vacuna antipoliomielítica durante cinco años a todos los países que presenten planes aprobados; UNICEF ha intensificado el apoyo para las actividades de inmunización en diversos países y varias naciones han emprendido dinámicos programas mediante el establecimiento de jornadas nacionales de inmunización. Once de los 20 países latinoamericanos celebran actualmente esas jornadas.

Entre una y otra reunión del GAT, se desplegó un esfuerzo mancomunado para obtener mayor información sobre los asuntos relativos a la vigilancia y al trabajo de laboratorio. Se decidió que una visita por un consultor de la OPS al país que actualmente notificara incidencia de poliomielitis permitiría obtener información útil sobre los asuntos operativos de la vigilancia. Se escogió al Brasil por ser un país muy extenso con diversas condiciones geográficas, climatológicas y culturales y por la persistencia de poliomielitis pese a que se realizan dinámicas actividades de control y dos campañas nacionales de inmunización anuales desde hace cinco años. Varios consultores han visitado los laboratorios de siete países para determinar su capacidad para apoyar las actividades de erradicación. Los informes sobre esas investigaciones sirvieron de base para las principales discusiones de la actual reunión del GAT.

La segunda reunión del GAT fue inaugurada por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud de México, y el Dr. Pablo Isaza, Representante de la OPS en ese país. La reunión fue presidida por el Dr. D. A. Henderson, y los Dres. José Manuel Borgoño y Alan Hinman participaron como relatores. Se adjunta una lista completa de los participantes y el orden del día de la reunión. A continuación se incluye un breve resumen de los principales asuntos tratados en el orden del día y las conclusiones y recomendaciones del GAT.

Además de la presentación detallada sobre vigilancia y asuntos relativos al trabajo de laboratorio, los representantes de México hicieron una exposición general de su sistema de vigilancia, sus actividades de apoyo laboratorial y la organización de las operaciones de sus próximas jornadas nacionales de inmunización contra la poliomielitis y un resumen del programa nacional de inmunización contra DTP y sarampión. Se presentó un resumen de los asuntos relativos a la experiencia que ha tenido el Brasil con las jornadas nacionales de inmunización y otro de los principales asuntos tratados en la reciente reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI. Por último, se hizo una presentación sobre los estudios relativos a la jeringa desechable "Ezeject".

Se señaló que en 1985 14 países de la Región habían notificado provisionalmente un total de 464 casos de poliomielitis parálitica mientras que en 1984 13 países notificaron 542 casos.

VIGILANCIA

Se presentó un resumen de la investigación intensiva realizada en el Brasil durante 4 meses. Como parte de este trabajo se efectuó un análisis detallado de todos los casos sospechosos de poliomielitis notificados a nivel nacional entre 1982 y 1985, se determinó si se habían clasificado en la debida forma al notificarse y se estudió su posible inclusión en un nuevo sistema de clasificación de casos. Además, se realizaron análisis en 13 estados y el Distrito Federal. En las visitas, efectuadas por personal de diversas esferas nacionales y representantes de otros estados, se realizó un análisis de los procedimientos generales de vigilancia y un estudio particular de todos los casos sospechosos notificados entre 1983 y 1985. Además, se efectuaron visitas a varios hospitales, centros de rehabilitación y otros establecimientos de atención de salud como parte de la búsqueda activa de casos. Se realizaron encuestas en pequeña escala en varias comunidades para determinar la cobertura y la posibilidad de que existieran otros casos sospechosos.

Fueron extensas las discusiones en las que se trataron casi todos los aspectos de la investigación en el Brasil, con lo que se obtuvo una gran cantidad de información importante sobre los aspectos prácticos de la vigilancia de la poliomielitis. Las principales discusiones se centraron en los temas siguientes:

- definición de casos;
- síndrome de Guillain-Barré;
- procedimientos de contención;
- diagnóstico en investigación de casos;
- apoyo laboratorial;
- necesidades de capacitación;
- otras investigaciones.

En otra sección de este informe se resumen las principales conclusiones y recomendaciones emanadas de estas discusiones.

LABORATORIOS

Hasta ahora se han efectuado visitas a siete laboratorios (de Brasil, Argentina, Chile, México, Venezuela, Colombia y Ecuador) y en los meses de enero y febrero se extenderán a otros siete u ocho. En los laboratorios visitados hasta la fecha se ha observado que los métodos de aislamiento e identificación del poliovirus están bastante bien normalizados. Sin embargo, no puede decirse lo mismo de los de serología de poliovirus y titulación de vacunas. Los problemas relativos a cultivos tisulares están muy generalizados, lo mismo que los de recogida y envío de especímenes. En la mayoría de los laboratorios también es un problema la falta de suministros y equipo. Sin embargo, con cierta ayuda, varios laboratorios podrán prestar el apoyo necesario, no solo a sus propios países sino a otros de la Región.

Actualmente está en preparación un amplio manual de laboratorio; ya se ha realizado casi la mitad del trabajo y en los próximos dos meses se preparará un borrador completo. Se celebrarán dos cursos de dos semanas de duración, uno sobre procedimientos de aislamiento y serología, en junio de 1986, en Río de Janeiro, y el otro sobre técnicas de virología molecular, en septiembre de 1986, en Atlanta.

MEXICO

Se efectuaron presentaciones sobre las mejoras previstas en el sistema de vigilancia de México, la organización y puesta en práctica de las jornadas nacionales de inmunización, apoyo laboratorial y producción y control de vacunas. Además, se presentó un resumen de los resultados de los programas de inmunización realizados hasta la fecha en México. El total provisional de casos notificados en 1985 fue de 139. En los últimos años, el poliovirus del tipo I ha causado la mayoría de los casos pero se han confirmado en el laboratorio solo cerca de 15% de los casos. Cerca del 40% ocurre en personas que han recibido dos o más dosis de la vacuna antipoliomielítica oral pero la vacuna se ha administrado principalmente a domicilio y se ha expresado preocupación por las fallas de la cadena de frío. Actualmente se aplican importantes medidas para mejorar el sistema de notificación y someter cada caso sospechoso a investigación por parte de un epidemiólogo del nivel central. Desde 1981 se vienen realizando campañas de inmunización en masa contra la poliomiélitis, empleando la vacuna monovalente tipo I el primer año y la vacuna oral trivalente en los años subsiguientes.

Las jornadas nacionales de inmunización contra la poliomiélitis, que incluirán días de vacunación en enero y marzo (con la vacuna antipoliomielítica oral trivalente) tendrán una estructura diferente. Se han establecido unos 8.000 puestos de vacunación en todo el país, que estarán dotados de más de 600.000 voluntarios además del personal permanente. Se ha lanzado una extensa campaña publicitaria y se prevé que este medio dará resultados más satisfactorios que el anterior.

A finales de los años 70 comenzó a observarse que los servicios ordinarios de salud del Brasil no eran adecuados para atender las metas del PAI. En consecuencia, se decidió poner en práctica una estrategia acelerada valiéndose de las jornadas nacionales de inmunización. Al principio, en esos días solo se utilizaba la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por varias razones, tales como la sencillez técnica de su uso, la facilidad de identificar a la población destinataria, los efectos inmediatos observables en incidencia de la enfermedad, la poca frecuencia de contraindicaciones y el

temor a la poliomielitis que existe entre la población. Después de cuatro años de fructíferas actividades de lucha contra la poliomielitis, en 1984 se incluyeron las vacunas DPT y antisarampionosa en las jornadas nacionales de inmunización en la mayor parte del país.

El empleo de antígenos múltiples dió lugar a varios problemas, inclusive una mayor necesidad de capacitación, dificultades para identificar a la población destinataria en un sitio de inmunización determinado, mayor importancia de las fichas de inmunización, problemas logísticos de gran magnitud como resultado de la necesidad de disponer de agujas y jeringas, la mayor urgencia de considerar los efectos secundarios y contraindicaciones y el temor que tienen algunas personas a las agujas más que a las enfermedades involucradas. Sin embargo, la inclusión de las demás vacunas ha representado una mejora general del índice de inmunización y el esfuerzo ha valido la pena, a todas luces. Aunque se han resuelto muchos de los problemas derivados del empleo de antígenos múltiples, se necesitan otras investigaciones operativas para resolver todos los problemas.

REUNION DEL GRUPO ASESOR MUNDIAL

Los principales temas tratados en la reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI celebrada en Copenhague en noviembre de 1985 fueron los siguientes:

- los adelantos logrados hasta la fecha y los problemas restantes en la Región europea, particularmente en lo relativo a las metas de gran alcance fijadas para eliminar la poliomielitis autóctona, el sarampión, la difteria, la rubéola congénita y el tétanos neonatal;
- la necesidad de intensificar las actividades en curso mediante realización de jornadas nacionales de inmunización o estrategias similares a fin de lograr las metas del PAI para 1990;
- una discusión franca de la función y los problemas de diferentes grupos que participan en el PAI, inclusive organizaciones gubernamentales y no gubernamentales;
- una declaración más explícita de la necesidad de establecer sistemas de vigilancia y metas de reducción de la morbilidad en los programas de inmunización (como ocurre en las Regiones americana y europea).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones indicadas a continuación deberán entenderse como una elaboración del Plan de Acción y como guía para la preparación de manuales de operaciones.

1. El GAT observa complacido que se han realizado varias actividades desde que se celebró su primera reunión. Es alentador el apoyo que han prestado la OPS y determinados países y organismos. El programa está en una etapa crucial y promete desarrollarse rápidamente pero el apoyo recibido al comienzo de todos los organismos colaboradores será vital para sostener e incrementar el impulso inicial.

2. Debe aclararse que el grado de cobertura establecida como indicador de que un país exento de poliomielitis está muy poco expuesto a la reanudación de la transmisión (80% de cobertura de los niños menores de un año), es la cobertura mínima para cada unidad geopolítica (por ejemplo, en los condados y municipios).

3. Las definiciones de casos deben aclararse de la manera siguiente:
- un caso SOSPECHOSO debe definirse como cualquier ataque agudo de parálisis en una persona menor de 15 años, así como toda enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis como posible causa;
 - un caso PROBABLE es cualquier ataque agudo de parálisis flácida sin ninguna otra causa comprobada. No debe considerarse la presencia o ausencia de pérdida sensorial ya que es muy difícil de determinar en los lactantes y niños pequeños;
 - un caso CONFIRMADO es un caso probable con:
 - a) confirmación laboratorial 0
 - b) vinculación epidemiológica a otro caso probable o confirmado 0
 - c) parálisis residual 60 días después del comienzo de la enfermedad 0
 - d) muerte después de una enfermedad clínicamente compatible.

4. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) representa un problema muy particular ya que el diagnóstico de esta afección parece ser incorrecto en muchos lugares. Cualquier caso de parálisis en una persona menor de 15 años debe considerarse como poliomielitis a menos que se compruebe lo contrario. Todos los casos del SGB (de cualquier edad) deben investigarse debidamente en el laboratorio para comprobar que la enfermedad no sea poliomielitis.

5. Contención. La extensión geográfica de la zona en que se realizan las actividades de contención debe determinarse según la situación epidemiológica local pero, en términos generales, deberá demarcarse una amplia zona para cada caso. Es preciso determinar la edad de los grupos de personas vacunadas en las actividades de contención, basándose en la situación epidemiológica. Esta práctica puede llevar algunas veces a la vacunación de personas mayores de cinco años.

6. Mejoras en la búsqueda de casos. Se necesita con urgencia introducir mejoras en las actividades de vigilancia en todos los países. Debe recalcar la importante función del laboratorio como fuente de información. Los laboratorios deben comunicar inmediatamente al oficial del PAI el recibo de especímenes para estudio de virus, en los que se hace mención de poliomielitis o parálisis en la solicitud de laboratorio. Debe recalcar la función de las escuelas, los hospitales y los proveedores de atención de salud como fuentes de información de posibles casos de poliomielitis.

7. Investigación de casos. De ahora en adelante, cada país de la Región debe investigar sin demora todo caso sospechoso de poliomielitis notificado y obtener los debidos especímenes de laboratorio. Cada país debe adiestrar a un pequeño grupo de personas (que trabajarán a niveles estatal, regional o nacional, según el tamaño de la población) para investigar todos los casos sospechosos notificados y evaluar y clasificar los casos probables o confirmados. Además, conviene establecer un sistema nacional de registro, clasificación y disposición de casos sospechosos.

8. Apoyo laboratorial. Es difícil y costoso establecer y mantener actividades de apoyo laboratorial en forma competente y fiable. Además, para poder mantener la pericia adquirida por el personal de laboratorio, se necesita un promedio mensual de unos 50 especímenes para aislamiento de enterovirus. Afortunadamente, solo se necesita un reducido número de laboratorios (quizá de cinco a ocho) para apoyar las actividades de erradicación de la poliomielitis. Conviene identificar los laboratorios que prestarán ese servicio y ponerlos en pleno funcionamiento antes de finales de 1986. A nivel central, se necesitan reactivos (y tal vez suministros y equipo) normalizados para asegurar la comparabilidad y calidad de los resultados. Habría que tener particular cuidado en la obtención, manipulación y presentación de especímenes.

9. Necesidades de capacitación. Para ayudar a adiestrar al personal necesario a niveles nacional, estatal y local, es indispensable preparar manuales lo más pronto posible. Se necesitan, como mínimo, un amplio manual de laboratorio y otro de vigilancia y control. Se prevé que ambos estarán a disposición de los interesados antes de finales de 1986.

10. Otras investigaciones necesarias de inmediato:

- a) creación y evaluación de los medios de vigilancia más apropiados;
- b) institución de técnicas para determinar la intensidad de las actividades de contención, tanto en lo que se refiere a la extensión geográfica de las mismas como a los grupos destinatarios, clasificados según la edad, que deberán inmunizarse;
- c) importancia programática de la poliomielitis en las personas mayores de 15 años;
- d) creación de métodos para determinar la ausencia del poliovirus salvaje en los países sin casos notificados;
- e) función de los enterovirus distintos de los de la poliomielitis como causa de la enfermedad paralítica;
- f) magnitud de posible diagnóstico equivoco de casos de poliomielitis clasificados como casos del SGB;

- g) institución de métodos para detectar los casos que, de ordinario, no se señalan a la atención del sector de salud;
- h) incidencia de casos de parálisis relacionados con la vacuna;
- i) establecimiento de técnicas para lograr una cobertura satisfactoria en todos los grupos de la población destinataria durante la realización de actividades intensivas.

11. México. El GAT notó con satisfacción el mayor compromiso demostrado por medio de las jornadas nacionales de inmunización antipoliomielítica iniciadas en 1986 (que los miembros del GAT tuvieron la oportunidad de observar) y las actividades destinadas a mejorar la vigilancia. Estas son, a todas luces, empresas de gran envergadura que deben tener un efecto considerable en la incidencia de la enfermedad en México. Es bastante posible que una mayor vigilancia permita detectar tal número de casos previamente no notificados, que quizá se observe un aumento paradójico en el número de casos, aun cuando haya mejorado el porcentaje de niños inmunizados. El GAT espera con interés los futuros informes de actividades en México y la inclusión de otros antígenos y de fichas particulares de inmunización en el programa.

12. La experiencia del Brasil y de otros países ha demostrado claramente que las jornadas nacionales de inmunización son una forma factible y eficaz de mejorar la cobertura vacunal y tienen un efecto drástico en la incidencia de las enfermedades, particularmente de la poliomielitis. Con la debida planificación y el continuo apoyo de las autoridades federales, esas actividades pueden seguir realizándose por varios años. Las jornadas nacionales de inmunización son particularmente apropiadas para lograr rápidos resultados sin demora en la lucha contra la poliomielitis y son un eficaz instrumento empleable en la erradicación de la enfermedad del hemisferio. Además, dichas jornadas pueden tener un efecto importante que se extiende más allá del de la inmunización, por la forma en que movilizan los recursos sociales, generan mayor apoyo político y concentran la atención del público en las actividades de salud preventiva. Si bien la inclusión de las vacunas antisarampionosa y DTP en las jornadas nacionales de inmunización causa algunos otros problemas operativos, es posible resolver la mayoría de éstos y derivar muchos otros beneficios. En cualquier circunstancia, es indispensable encontrar mecanismos precisos de vigilancia para demostrar el efecto de los programas de inmunización.

La próxima reunión del GAT se programó provisionalmente para la primera semana de septiembre de 1986 en Brasilia. Entre los principales temas recomendados para inclusión en el programa están un análisis de los manuales de laboratorio, vigilancia y control actualmente en preparación, la discusión de los principales asuntos relativos a investigación y un estudio de la experiencia adquirida en las actividades de vigilancia intensiva (por ejemplo, Brasil, México y, quizá, otros países). Además, se indicó que las discusiones deben comenzar sobre el proceso de confirmación de la erradicación, y que debe hacerse un análisis de las experiencias que ha tenido el hemisferio en lo que respecta a la poliomielitis asociada con la vacuna.