

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1988

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XL Reunión



INDEXED

Tema 5.2 del programa provisional

CD33/12 (Esp.)
3 agosto 1988
ORIGINAL: INGLES

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

Este informe del Director (Documento CE101/8) se presentó a la 101a Reunión del Comité Ejecutivo. El informe trata del progreso alcanzado por el PAI y su meta de erradicación de la poliomielitis de las Américas para 1990. Señala que el impulso, el interés y el compromiso por parte de muchos países parecen estar en consonancia con el logro de las metas fijadas para el programa. Las estrategias para la erradicación de la poliomielitis siguen siendo las mismas:

- a) Lograr y mantener altos niveles de cobertura de vacunación;
- b) Vigilancia intensiva e investigación activa de casos;
- c) Control agresivo de brotes.

El informe presenta las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor del PAI y hace hincapié en el hecho que las estrategias para aumentar la cobertura en los países donde la poliomielitis es endémica deben incluir la organización de por lo menos dos días nacionales de vacunación para asegurar el logro de un alto nivel de inmunidad y la interrupción de la transmisión. Además, sugiere que tendrán que desarrollarse sistemas de vigilancia y apoyo a los laboratorios a un ritmo más acelerado si se ha de detectar e investigar rápidamente los casos sospechosos y probables de poliomielitis.

El Comité Ejecutivo trató el informe en detalle, expresando satisfacción en relación a las mejoras logradas, en particular en el campo de la vigilancia de la enfermedad y del monitoreo de la cobertura de inmunización a cada nivel municipal en la mayoría de los países de la Región. Se creyó que este indicador también será muy útil para el proceso de reasignación de recursos al nivel local así como para el fortalecimiento de los sistemas de información de la infraestructura de los servicios de salud. El uso de este indicador ayudará a determinar las mejores estrategias complementarias a ser empleadas por los servicios de salud locales para mantener cobertura de inmunización a altos niveles.

El Comité expresó inquietud específica sobre dos puntos principales:

- a) Que los países en los que la poliomielitis todavía es endémica no están manteniendo continuidad en la implantación de estrategias que puedan asegurar la interrupción de la transmisión y, por otra parte, algunos de ellos no están aprovechando la oportunidad que ofrecen los días nacionales de vacunación para incluir otras vacunas del PAI;
- b) Que el apoyo de los laboratorios al programa todavía no es completo y que no se están enviando todas las muestras de casos probables por la red de laboratorios de referencia.

Al cerrar el debate, el Director recalcó que se necesitarán esfuerzos adicionales si el Hemisferio ha de lograr la meta, que sin duda es realizable, y expresó la esperanza de que los países que se están atrasando tomen las medidas necesarias para mejorar sus programas, en particular ahora que hay recursos disponibles para seguir con el programa. El Director señaló que con el logro de esta meta, las Américas marcarán el camino para otras medidas en el control de enfermedades y en otras esferas de los servicios de salud.

Finalmente, el Comité Ejecutivo adoptó la Resolución VII sobre el tema en su sexta sesión plenaria, como sigue:

LA 101a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el progreso alcanzado en la ejecución del Plan de Acción para la Erradicación del Poliovirus Salvaje de las Américas para 1990,

RESUELVE:

Recomendar a la XXXIII Reunión del Consejo Directivo la aprobación de una resolución en los siguientes términos:

LA XXXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado y revisado el informe sobre el progreso en la ejecución del Plan de Acción para la Erradicación del Poliovirus Salvaje de las Américas para 1990, presentado por el Director;

Observando con satisfacción que la mayoría de los países han preparado planes quinquenales que esbozan las actividades a llevarse a cabo y el cálculo de los costos del programa, con identificación de fuentes de financiamiento nacionales e internacionales;

Preocupada porque muchos países no han realizado suficiente progreso hacia la implantación de las estrategias esbozadas en el Plan de Acción, que otros no han mantenido las estrategias con el transcurso del tiempo y que la cobertura de inmunización sigue siendo críticamente baja en varios de ellos, y

Reconociendo que restan menos de tres años antes de la fecha proyectada para la erradicación del poliovirus salvaje de las Américas y que queda mucho por hacer,

RESUELVE:

1. Agradecer a la USAID, el BID, el UNICEF, el Rotary Internacional y la CIDA/CPHA el nivel de cooperación y coordinación logrado entre sí mismos y con los Países Miembros de la OPS al llevar a cabo la campaña para erradicar la poliomielitis de las Américas para 1990.

2. Instar a todos los Países Miembros a que realicen todos los esfuerzos posibles para llevar a cabo los planes nacionales de acción que han adoptado siguiendo las normas generales del Plan Regional de Acción y las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (GTA).

3. Acelerar y reforzar los trabajos de la red de laboratorios para asegurar el respaldo virológico a las actividades de diagnóstico, vigilancia y control en los programas de los Países Miembros.

4. Recalcar que para que se logre el objetivo de erradicación de la poliomielitis, las siguientes acciones críticas requieren atención inmediata y permanente por parte de los Países Miembros:

4.1 Los países donde la poliomielitis todavía es endémica deben:

- a) Instituir por lo menos dos días nacionales de vacunación al año como parte de sus programas nacionales de vacunación;
- b) Utilizar estos días nacionales de vacunación para dar la VOTP así como otros antígenos del PAI para que aumente la cobertura general de este Programa;
- c) Continuar este método hasta que se logre y se certifique la erradicación de la poliomielitis, y se mantenga una alta cobertura del PAI.

- 4.2 Los países en los que la polio no es endémica deberán velar por el mantenimiento por todo el país de un elevado nivel de inmunización.
- 4.3 Todos los Países Miembros deben:
- a) Vigilar la cobertura de inmunización al nivel de las unidades político-administrativas más pequeñas;
 - b) Tomar medidas especiales para mejorar los índices de inmunización en niños menores de un año de edad en las zonas en que la cobertura con la VOTP es inferior a 90% en este grupo de edad, empleando este indicador como medida del funcionamiento de la infraestructura de salud y como base para la reasignación de recursos.
- 4.4 Se deben reforzar los sistemas de vigilancia para detectar todos los casos de parálisis fláccida aguda:
- a) Todos los casos de parálisis fláccida aguda que se produzcan en personas menores de 15 años de edad se deberán considerar como casos de emergencia nacional y se deberán investigar inmediatamente para determinar si constituyen casos de poliomielititis;
 - b) Se deben establecer medidas especiales de control con carácter inmediato en todos los casos clasificados como probables casos de polio;
 - c) Todos los casos que se clasifican como casos probables de polio se deben notificar cuanto antes al nivel internacional y se deben enviar especímenes de inmediato a los laboratorios de referencia designados para su pronto y preciso examen.
5. Solicitar que el Director proporcione un informe sobre las actividades de este plan a la XXXIV Reunión del Consejo Directivo en 1989, sólo un año antes de la fecha proyectada para el logro de la meta de erradicación de polio.

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

CD33/12 (Esp.)
ANEXO



101a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1988

Tema 4.2 del programa provisional

CE101/8 (Esp.)
18 mayo 1988
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL VIRUS
SALVAJE DE LA POLIOMIELITIS DE LAS AMERICAS PARA 1990

En este informe sobre la labor cumplida que presenta el Director se examina la situación concreta del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas y los esfuerzos desplegados por los Países Miembros para erradicar la transmisión del poliovirus salvaje del Hemisferio Occidental para 1990. Se indica que faltan menos de tres años para la fecha proyectada de erradicación y que debe realizarse un magno esfuerzo si se pretende alcanzar los objetivos.

Se recalca que el entusiasmo, interés y compromiso de muchos países parecen coincidir con el trabajo por el logro de la meta de erradicar la poliomielitis para 1990. Sin embargo, no existe ese compromiso en todos los países y algunos elementos críticos del programa no se han aplicado adecuadamente.

El informe señala que la estrategia general del programa para la erradicación de la poliomielitis permanece la misma: a) logro y mantenimiento de una alta cobertura de vacunación; b) vigilancia intensiva e investigación de casos activos, y c) control dinámico de brotes.

Se resumen las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS-PAI, en las que se recalca que para lograr una alta cobertura de vacunación aun resulta adecuado el Plan de Acción para la Erradicación de la Poliomielitis de las Américas para 1990, aprobado por la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1985. El Plan de Acción señala que los países que siguen registrando poliomielitis endémica deben celebrar, de ordinario, por lo menos dos veces al año con intervalos de 6 a 8 semanas, días nacionales de vacunación con la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (VOTP), para asegurar un aumento rápido de la cobertura y la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje. Se debería aprovechar esta oportunidad para incluir otras vacunas, como la DPT, el toxoide tetánico (TT) y la antisarampionosa, con el fin de ampliar la cobertura general del PAI.

Finalmente, el informe sugiere que los sistemas de vigilancia deben concebirse de tal forma que permitan obtener información de todas las unidades de salud donde es probable que se observen casos de poliomielitis y que deben presentar informes semanales, independientemente de si se han observado casos, y recalca la importancia del apoyo de laboratorio para que las muestras que se recojan y despachen en forma oportuna y adecuada se traten y analicen correctamente.

Por consiguiente, los adelantos logrados hasta el momento señalan que las metas del PAI de inmunización universal de los niños y la erradicación de la poliomielitis son alcanzables tal como lo establece la Resolución CD31.R22 de la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, pero que serán necesarios los esfuerzos concertados de los Países Miembros si se pretende alcanzar la meta para 1990. En vista de esta situación, se solicita al Comité Ejecutivo que, en su 101a Reunión, examine minuciosamente este informe sobre la labor cumplida, considere la mejor manera de alentar a cada País Miembro a que consolide sus esfuerzos y recomiende al Consejo Directivo que apoye las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (presentadas en la Sección 4 de este informe).

INDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción	1
2. Adelantos logrados hasta la fecha	1
2.1 Cobertura de vacunación	1
2.1.1 Cobertura de vacunación	1
2.1.2 Días nacionales de vacunación	2
2.2 Vigilancia de las enfermedades	2
2.3 Planes nacionales de acción	18
2.3.1 Metodología	18
2.3.2 Análisis financiero preliminar	21
2.4 Política y estrategias	22
2.5 Coordinación interagencial	25
3. Informes del Grupo Técnico Asesor	26
4. Recomendaciones de la Quinta Reunión del Grupo Técnico Asesor	26
4.1 Estrategia y cobertura de vacunación	26
4.2 Vigilancia e investigación	27
4.3 Apoyo de laboratorio	28
4.4 Formulación de la vacuna antipoliomielítica	29
5. Conclusiones	29

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL
VIRUS SALVAJE DE LA POLIOMIELITIS DE LAS AMERICAS PARA 1990

1. Introducción

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas continúa avanzando hacia la meta de proveer inmunización a todos los niños de la Región en 1990 y de erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje de este Hemisferio para esa fecha.

Las principales actividades cumplidas actualmente a nivel regional y de los países están relacionadas con la aceleración de los programas de inmunización y el fortalecimiento de sistemas de vigilancia para detección inmediata de casos sospechosos de poliomielitis, investigación de casos y aplicación inmediata de medidas de control.

La coordinación entre las entidades que apoyan el programa en las Américas, es decir la OPS, el UNICEF, la USAID, el BID y el Club Rotario Internacional y, desde fines de 1987, la Asociación Canadiense de Salud Pública ha coadyuvado a la introducción de programas regionales y nacionales. Los grandes esfuerzos desplegados en los países en el campo de planificación de programas y análisis financiero llegaron a producir planes nacionales de trabajo para el quinquenio 1987-1991 en cada país de la Región. Estos planes constituyen ahora el marco para la ejecución de programas y la coordinación interagencial en apoyo de los programas de los países.

2. Adelantos logrados hasta la fecha

2.1 Actividades de vacunación

2.1.1 Cobertura de vacunación

En la Región de las Américas las tasas de cobertura de niños menores de un año con la vacuna BCG aumentaron entre 1986 y 1987 y con la antipoliomielítica, la DPT y la antisarampionosa se mantuvieron aproximadamente en los mismos niveles durante ese período (Figura 1 y Cuadro 1). La cobertura con la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (VOTP) ascendió a cerca del 80% por primera vez en 1986 y se mantuvo en el mismo nivel en 1987.

En la subregión del Caribe la mayoría de las tasas de cobertura de los países con las vacunas DPT y oral trivalente contra la poliomielitis (VOTP) son iguales o superiores a 80% (Figura 2). En cuanto a la vacuna antisarampionosa, Jamaica, Guyana, Trinidad y Tabago y las Turcas y Caicos notificaron tasas inferiores a 50%.

En América Central, las tasas de cobertura de vacunación con todos los antígenos del PAI, a excepción del de la vacuna BCG, registraron una baja entre 1986 y 1987.

Cuadro 1

COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO
REGION DE LAS AMERICAS, 1987

País	DPT 3ra dosis %	Polio 3ra dosis %	BCG %	Sarampión %
AMERICA LATINA				
Argentina	...	...	...	...
Bolivia	24	28	31	33
Brasil	56	88 ¹	67	54
Colombia	58	82	80	59
Costa Rica	91	89	81	43 ^{3,4}
Cuba	87	86 ¹	96	99
Chile	93	95	97	92
Ecuador	51	51	85	46
El Salvador	53	57	55	48
Guatemala	16	18	34	24
Haití	28	28	45	23
Honduras	58	61	66	57
México	62	97 ¹	71	54
Nicaragua	43	85	93	44
Panamá	73	74	89	78
Paraguay	58	42	66	56
Perú	42	45	61	35
República Dominicana	80	79	...	71
Uruguay	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...
CARIBE				
Anguila	92	99	99	81
Antigua y Barbuda	97	99	—	89
Bahamas	...	...	...	...
Barbados	79	68	...	...
Belice	69	69	92	64
Bermuda	89	89	—	83 ²
Dominica	95	95	98	87
Granada	80	81	—	77
Guyana	67	77	69	52 ⁴
Islas Caimán	90	90	76	91 ^{2,4}
Islas Turcas y Caicos	99	99	99	92
Islas Vírgenes Británicas	96	99	77	80
Jamaica	81	82	92	62
Montserrat	96	96	99	78 ²
San Cristóbal y Nieves	96	98	—	91
Santa Lucía	85	86	89	81
San Vicente y las Granadinas	97	96	90	91
Suriname	71	70	—	70 ²
Trinidad y Tabago	79	80	—	68

Fuente: Informes de los países a la OPS

... No se dispone de datos

— No se suministra vacuna a través del Programa

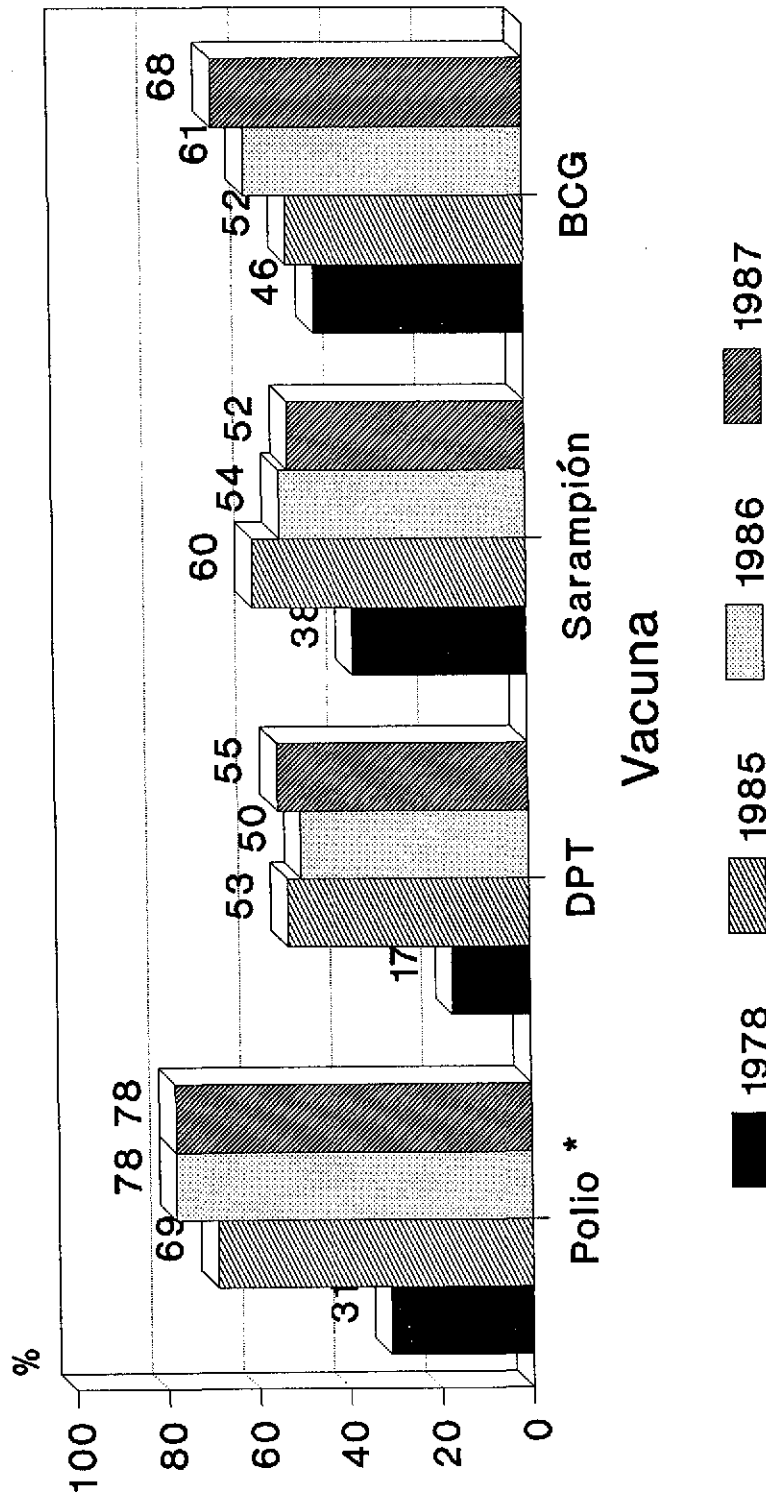
1 Cobertura basada en dos dosis de VOP

2 Se usa la vacuna MMR

3 Se usa la vacuna MR

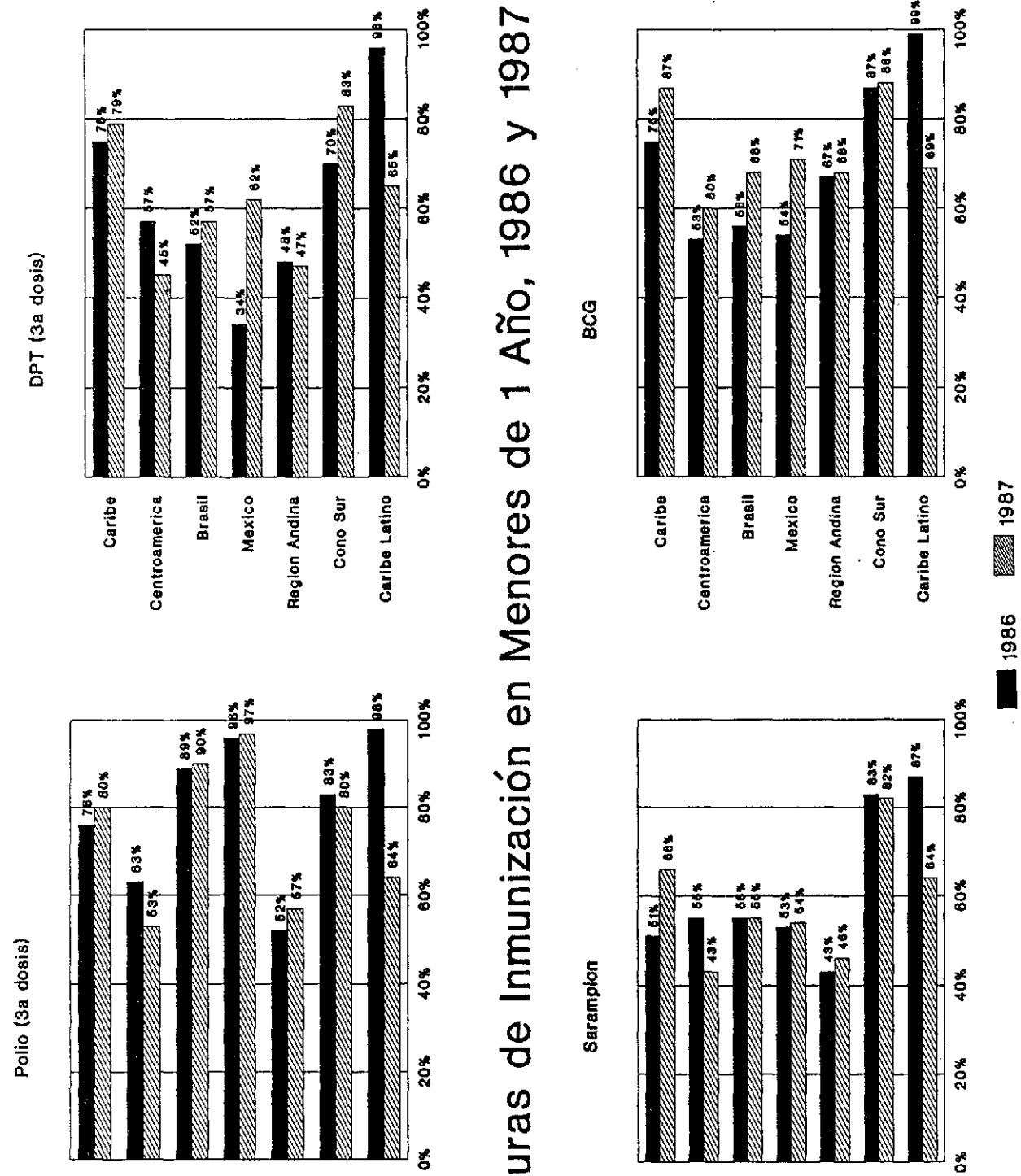
4 Los datos de sarampión corresponden a niños de un año de edad

FIGURA 1
**COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS
 MENORES DE UN AÑO - 1978 y 1985 a 1987
 REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**



Fuente: OPS
 * Nota: Cobertura para BRA, CUB, MEX y PAR corresponde a dos dosis.

FIGURA 2



Coberturas de Inmunización en Menores de 1 Año, 1986 y 1987

BRA, CUB & MEX cob OPV basada en 2 dosis
 Sarampión COR, NIC, CAY, GUY & SUR-1 año
 Fuente: OPS (Datos 1987 preliminares)

En América Central la cobertura varía entre más del 80% con las vacunas DPT y antipoliomielítica en Belice, Costa Rica y Nicaragua y menos del 40% en Guatemala. Sin embargo, en la Subregión Andina las cifras de cobertura con la VOTP, la antisarampionosa, la BCG y la DPT han permanecido invariables y oscilan entre menos del 30% en Bolivia y aproximadamente 60% en Colombia y Venezuela.

En Brasil y México, las tasas de cobertura con la VOTP mejoraron considerablemente en 1987, en comparación con 1986. Los países del Cono Sur (Argentina y Uruguay, datos no disponibles para 1987) registran aproximadamente las mismas coberturas con las vacunas antisarampionosa, DPT y antipoliomielítica.

En general, los países de la Región están mejorando la cobertura de vacunación como resultado de la aceleración del PAI y la celebración de días nacionales de vacunación. No obstante, queda mucho por hacer si los programas nacionales de inmunización han de alcanzar la meta del PAI de proveer servicios de inmunización al 100% de los niños y las mujeres en edad fértil para 1990 y erradicar la poliomielitis para esa fecha. En el plano regional, todavía no se dispone de los datos de la cobertura de vacunación de mujeres en edad fértil o embarazadas con el toxoide tetánico.

2.1.2 Días nacionales de vacunación

Durante 1987, 13 países utilizaron la estrategia de celebrar días nacionales de vacunación (Cuadro 2).

Para 1988, 14 países han planificado Días Nacionales de Vacunación y, como se observa en la Figura 3, se registró un aumento en el número de países que utilizan esta estrategia desde que se inició el esfuerzo de erradicación de la poliomielitis en 1985.

El Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI recomienda esta estrategia para aquellos países con poliomielitis endémica. Se aprovecha la oportunidad que ofrecen los días nacionales de vacunación para incluir los otros antígenos del PAI aumentando, en consecuencia, la cobertura de inmunización de todo el PAI. Este efecto favorable ya se está observando en varios países, como puede apreciarse en las Figuras 4 y 5, en las que se observa que también ha aumentado la cobertura con las vacunas antisarampionosa y DPT en algunas subregiones, y además, en la Figura 6, en la que se señala que las tasas de deserción entre la primera y la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se redujeron en El Salvador de 75% antes de que se iniciaran los DNV a menos de 20%.

2.2 Vigilancia de las enfermedades

La continua tendencia descendente que se observó en la incidencia de poliomielitis hasta 1984 se interrumpió a partir de 1985 cuando, debido a mayores actividades de vigilancia, se registró un aumento en el número de casos notificados (Figura 7 y Cuadro 3).

FECHAS DE JORNADAS DE VACUNACION EFECTUADAS Y PLANEADAS PARA 1987

PAISES	MESES											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC
Bolivia				12		12			4			
Brasil		21			23			15			14	
Colombia							25		26		9-14 ^a	
Ecuador						7		2		•d		
El Salvador		1	1	3								
Guatemala												
Honduras				25						9		
México	24 ^c		28 ^c							•d,f		
Nicaragua		1-15		4-5	16-17							
Paraguay									26	7		
Perú									6	25		
República Dominicana					22-30		21-25 ^b					20-24 ^c
Venezuela		9-13		27 al 8		15-19						

^a Fase intensiva

^b Polio y DPT (menores de 2 años)

^c Sarampión (menores de 2 años)

^d La fecha se deja a criterio de cada provincia

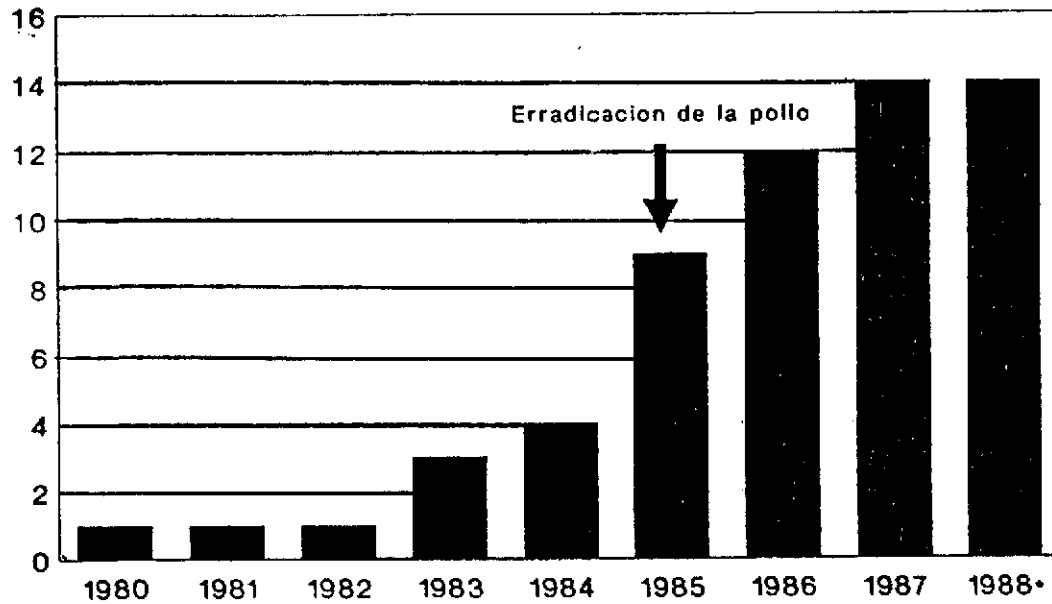
^e Polio y DPT

^f Sarampión

Fuente: Telexes enviados a OPS

Figura 3

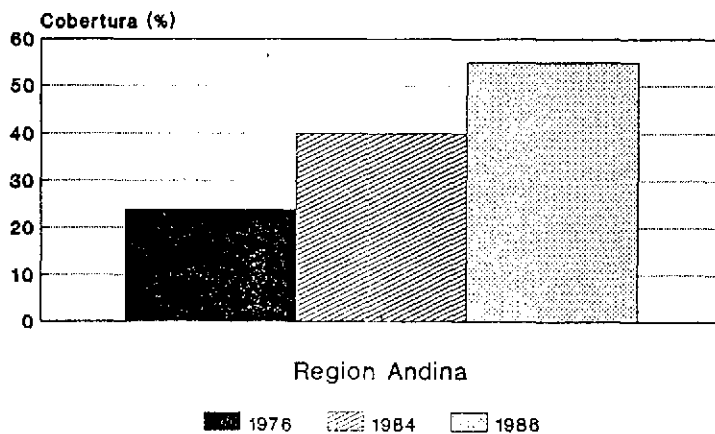
NUMERO DE PAISES QUE REALIZARON CAMPANAS DE VACUNACION ENTRE 1980 Y 1988 REGION DE LAS AMERICAS



Fuente: OPS
• Planeadas

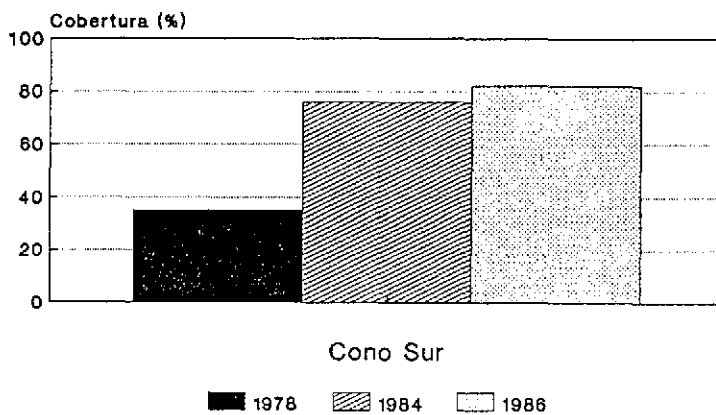
Figuras 4 y 5

COBERTURAS CON VACUNA DPT
REGION ANDINA 1976, 1984, 1986
NINOS MENORES DE UN AÑO



Fuente: OPS

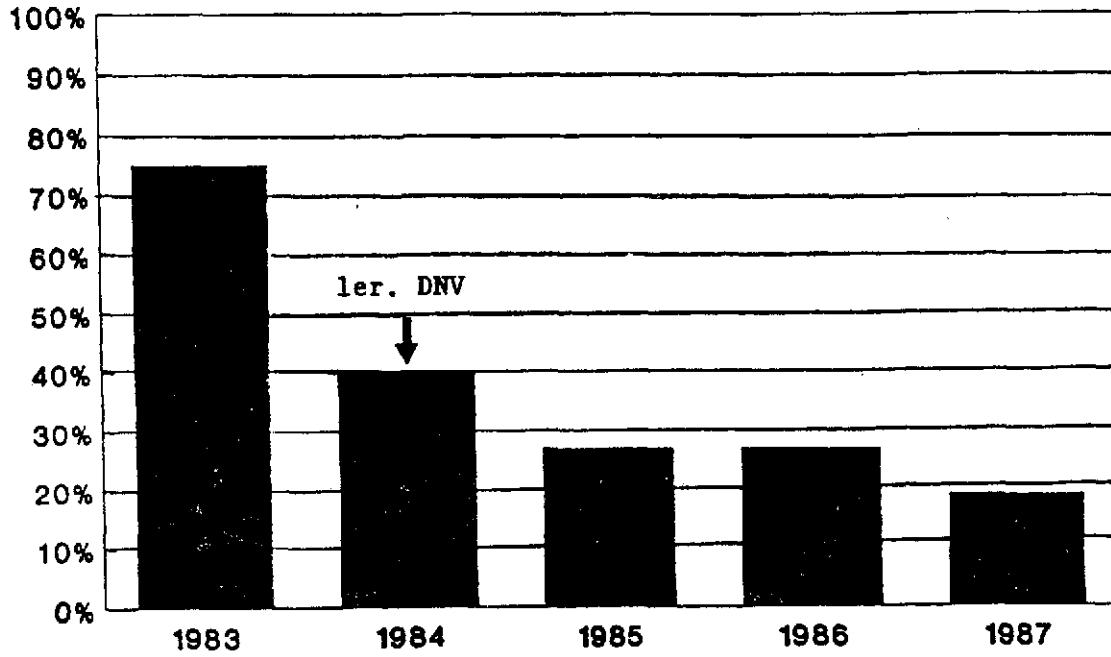
COBERTURAS CON VACUNA ANTISARAMPIONOSA
CONO SUR 1978*, 1984, 1986
NINOS MENORES DE UN AÑO



Fuente: OPS
* No se dispone de datos para Chile

Figura 6

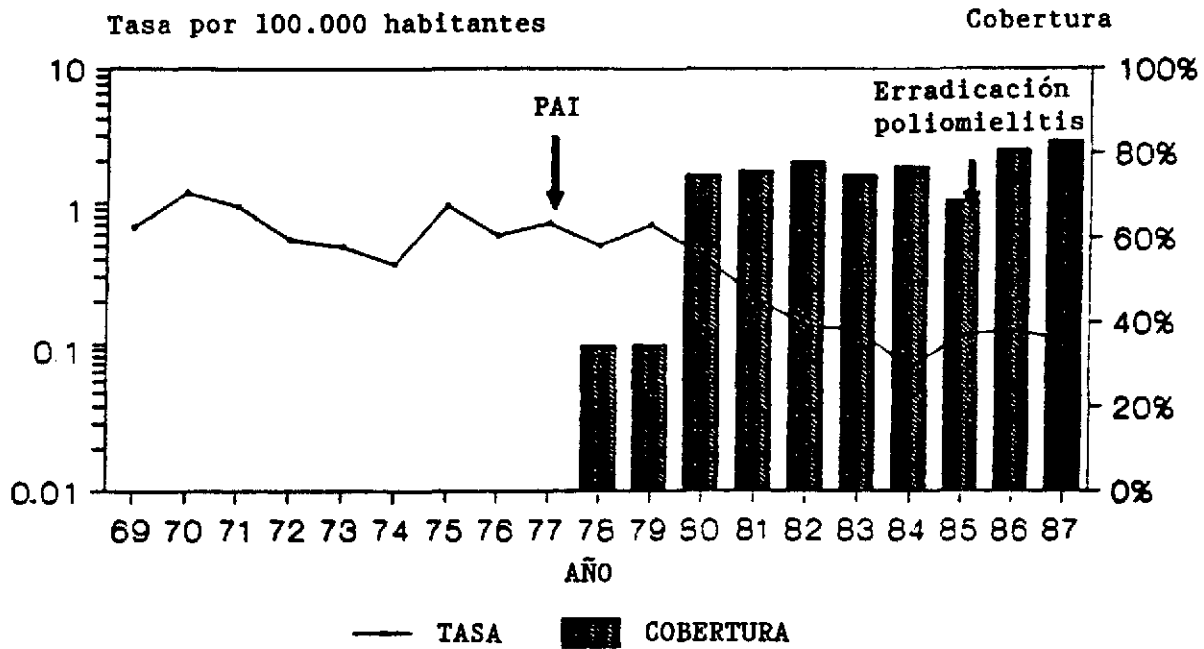
TASAS DE DÉSERCIÓN DE LA VOP
EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO
EL SALVADOR, 1983-1987



Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador

Figura 7

MORBILIDAD ANUAL NOTIFICADA POR POLIOMIELITIS
Y COBERTURA DE MENORES DE UN AÑO CON LA VOP
REGION DE LAS AMERICAS, 1969-1987



Fuente: OPS

* Datos estimados de cobertura

Cuadro 3

CASOS NOTIFICADOS DE POLIOMIELITIS, POR PAIS,
1984, 1985, 1986 Y 1987*
REGION DE LAS AMERICAS

País	1984	1985	1986	1987
Argentina	1	1	-	1
Bolivia	0	0	4	5
Brasil	82	461	612	345
Canadá	1	1	-	-
Colombia	18	36	64	142
Ecuador	-	1	20	8
El Salvador	19	10	23	55
Estados Unidos de América	7	8	2	-
Guatemala	17	29	33	19
Haití	63	90	34	12
Honduras	76	4	6	19
México	137	148	66	67
Paraguay	3	3	0	-
Perú	102	67	39	54
República Dominicana	-	2	1	-
Venezuela	9	8	27	68
Total de casos	535	869	933	795

- No se registran casos

* Los países omitidos de la lista no han notificado casos de poliomieli-
tis desde 1984.

Fuente: OPS

A fines de 1987, se notificaron 795 casos de poliomielitis en 12 países en comparación con 535, 869 y 933 casos en 1984, 1985 y 1986 en 13, 15 y 13 países, respectivamente (Cuadro 3).

Esta disminución del número de casos notificados de poliomielitis se atribuye a una marcada reducción de la actividad de la poliomielitis en el Brasil aunque, a excepción de Guatemala y Haití, todos los países de la Región notifican actualmente un mayor número de casos que el año pasado (Figura 8). Estos cambios se pueden observar en las tasas de morbilidad por poliomielitis calculadas para cada país (Figura 9).

Puesto que los sistemas de vigilancia aun están en vía de desarrollo, el intervalo entre la aparición de los síntomas de poliomielitis y la notificación del caso todavía se halla por encima del máximo de dos semanas fijado como indicador de eficiencia de notificación. En 1987, la proporción de casos notificados dentro de las dos semanas siguientes a la aparición de los síntomas osciló entre 38% en Colombia y 60% en el Perú (Cuadro 4). De aquellos países con información disponible, el Ecuador registra el menor intervalo medio (16 días) y el Perú el mayor (44 días) (Cuadro 5). La demora en la notificación se atribuye principalmente a la notificación de casos hallados por medio de búsqueda activa, cuya aparición no había recogido el sistema regular de información. La repercusión de la búsqueda activa en el número de casos notificados se puede observar en la Figura 10, en la que el promedio de casos notificados en México en las cuatro semanas previas y posteriores a la búsqueda activa aumentó de 1,5 a 3,5.

Un elemento clave del programa de erradicación, además de la notificación temprana de casos, es la organización de actividades adecuadas de contención. Hasta ahora, en la mayoría de los países, dichas actividades dejan de realizarse a tiempo y generalmente no cubren suficiente terreno como para poder detener la circulación del poliovirus salvaje. Por ejemplo, en 1987 se realizaron en solo el 26% de los casos probables de poliomielitis notificados en El Salvador y, por lo común, no cubrieron más que una zona limitada alrededor de los casos.

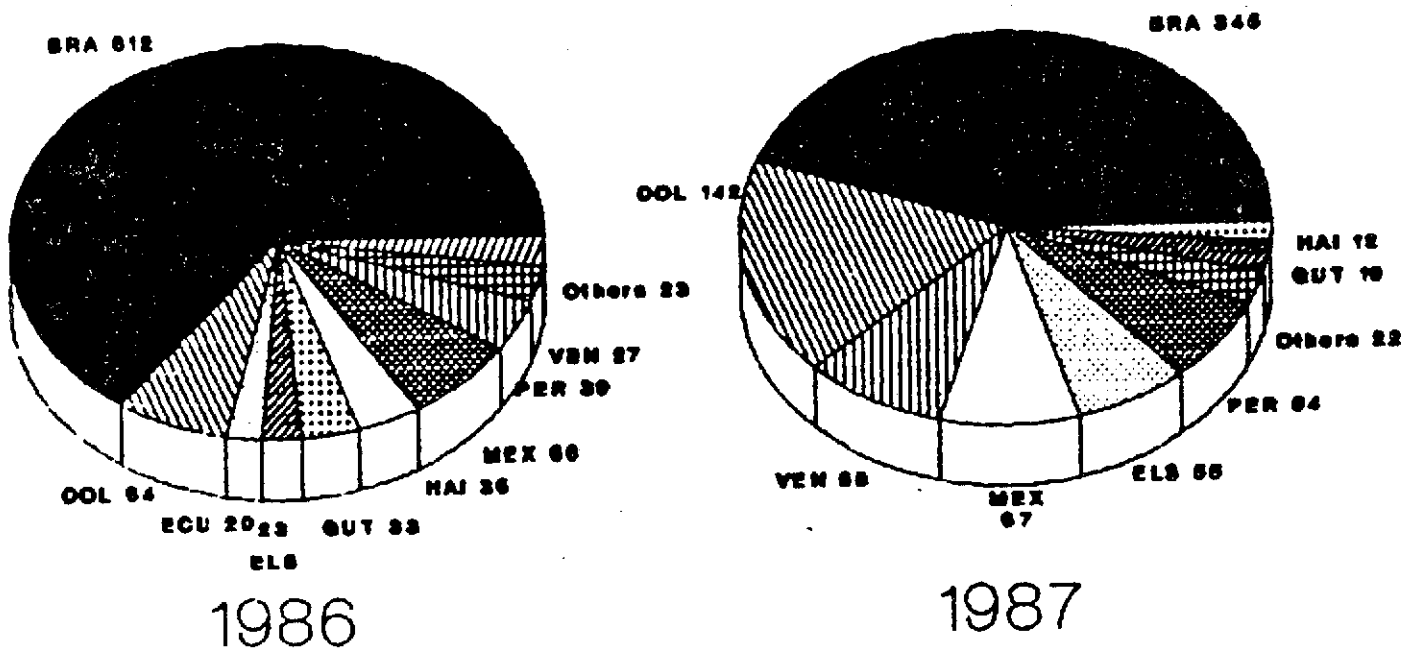
Hasta el momento, la mayoría de los casos se confirman por la presencia de parálisis residual 60 días después de la aparición de los síntomas. En general, se hace un seguimiento de todos los casos notificados para comprobar la presencia de parálisis residual, pero las demoras en la confirmación son frecuentes. En el Perú, donde se siguió observando al 100% de los casos notificados en 1986, el tiempo transcurrido entre la aparición y la confirmación de la enfermedad fue de cuatro meses, en promedio. En el Brasil, el 38% de los casos se confirmó en un lapso de dos meses y un 39% a los tres meses o más.

Estos datos señalan la necesidad de utilizar varios indicadores simultáneamente, con el fin de poder evaluar en la debida forma las mejoras tangibles en los sistemas de vigilancia y control.

La enfermedad que más se confunde con la poliomielitis es el Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Este diagnóstico representa por lo

Figura 8

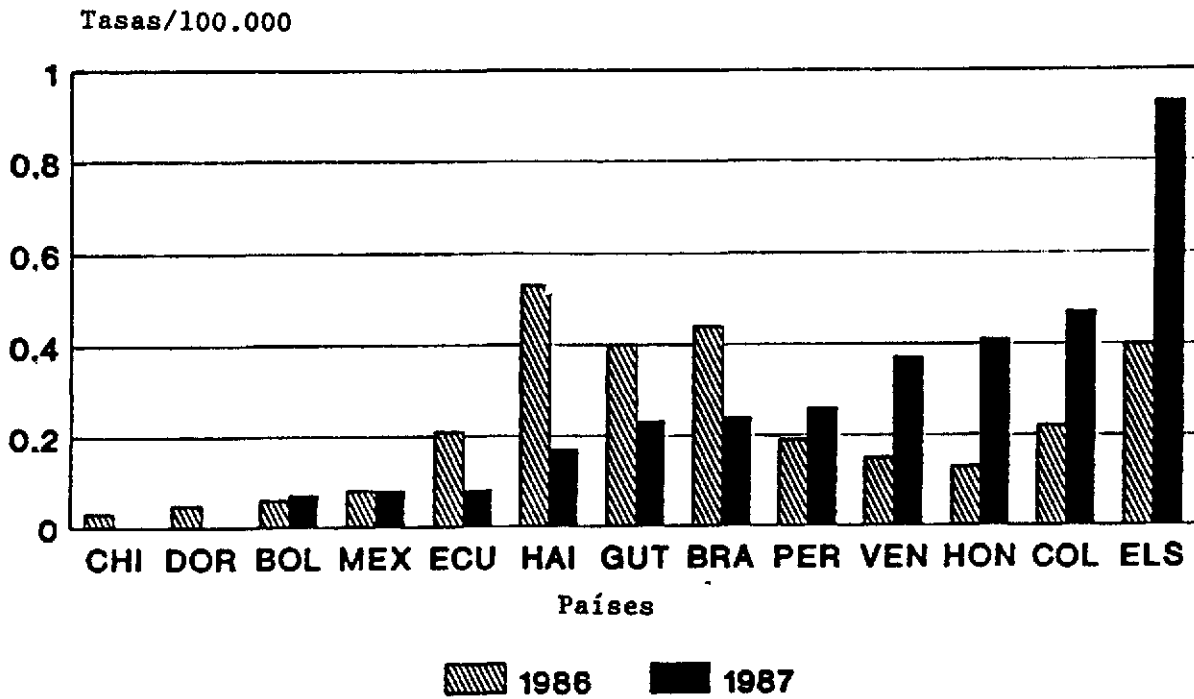
POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS
PROPORCION DE CASOS NOTIFICADOS POR PAIS
1986 y 1987



Fuente: OPS

Figura 9

TASAS DE MORBILIDAD POR POLIOMIELITIS
REGION DE LAS AMERICAS
1986 y 1987



Fuente: OPS

Cuadro 4

PROPORCION DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 14 DIAS SIGUIENTES A
LA APARICION DE LOS SINTOMAS, 1986 Y 1987 (HASTA LA 39a SEMANA)
REGION DE LAS AMERICAS

	1986 %	1987 %
BRA**	n.d.*	46
COL	46	38
ECU	79	45
ELS	54	41
GUT	60	n.d.*
HON	58	n.d.*
MEX	n.d.*	55
PER	51	60
VEN	47	38

*No se dispone de datos

**Proporción de casos notificados dentro de los
7 días.

Fuente: OPS

Cuadro 5

INTERVALO MEDIO, EN DIAS, ENTRE LA APARICION DE LOS SINTOMAS
Y LA NOTIFICACION, 1986 Y 1987 (HASTA LA 39a SEMANA)
REGION DE LAS AMERICAS

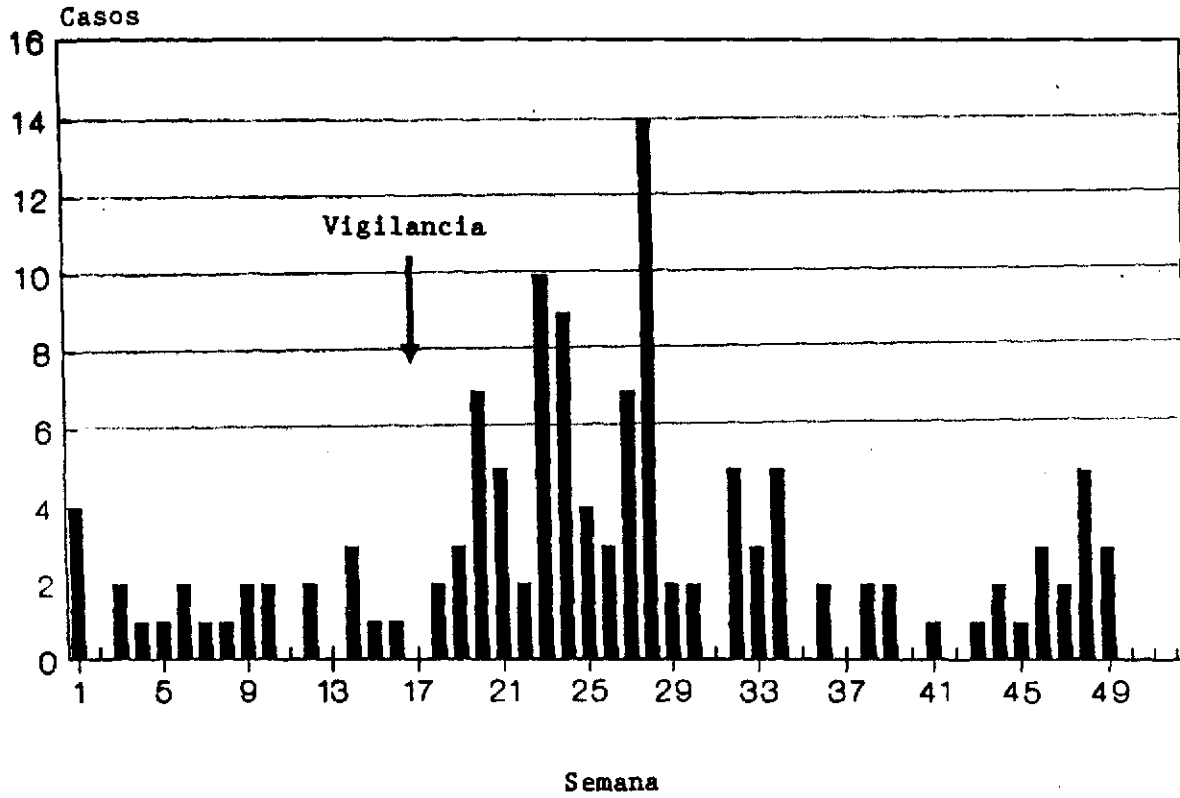
	1986	1987
COL	25	38
ECU	14	16
ELS	40	26
GUT	25	n.d.*
HON	12	n.d.*
MEX	21	20
PER	58	44
VEN	41	29

*No se dispone de datos

Fuente: OPS

Figura 10

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE POLIOMIELITIS
MEXICO, 1987



Fuente: Informes de los países a la OPS

Cuadro 6

PROPORCION DE CASOS DESCARTADOS CON EL SINDROME DE GUILLAN-BARRE
POR GRUPO DE EDAD
REGION DE LAS AMERICAS

	Proporción de de casos con SGB	Grupo de edad (años)		
		0-4	5-9	10-14
BRASIL (1986)	15%	n.d.	n.d.	n.d.
EL SALVADOR (1986)	22%	1	3	0
MEXICO (1986)	25%	7	4	0
COLOMBIA (1987 hasta semana 38)	21%	4	0	0
GUATEMALA (1987 hasta semana 42)	47%	5	1	2

Fuente: OPS

menos un quinto de los casos descartados de poliomielitis que se registran en niños menores de cinco años (Cuadro 6). Para abordar este asunto, el Director convocó a un grupo de estudio especial y se elaboró un protocolo de investigación que pondrán en práctica varios Países Miembros.

Por otro lado, la disminución de la incidencia de sarampión y de tos ferina ha continuado desde 1984, aunque debe tenerse mayor cautela al interpretar los datos sobre estas dos enfermedades pues la vigilancia no está tan desarrollada como la de la poliomielitis. Sin embargo, la disminución de casos en todas las subregiones es congruente con el aumento respectivo de la cobertura de vacunación indicado anteriormente (Figura 11).

2.3 Planes nacionales de acción

A medida que se puso en marcha la iniciativa para erradicar la poliomielitis en las Américas para 1990, varias instituciones multilaterales, bilaterales y del sector privado le prometieron su apoyo decidido. Además de la OPS, las entidades que apoyan firmemente el programa son la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Club Rotario Internacional y, desde 1987, la Asociación Canadiense de Salud Pública. El apoyo es tanto político como financiero, con un total de más de US\$85 millones comprometidos para un período de cinco años (Figura 12).

Para asegurar la utilización óptima de estos recursos y evitar repetición de esfuerzos, estas entidades formaron un Comité de Coordinación Interagencial (CCI) con el objetivo de seguir la ejecución del programa en el plano regional. Este Comité se reunió dos veces, en enero y setiembre de 1987, para revisar la evolución de las actividades y tratar cualquier problema que pudiera surgir a nivel regional o de los países durante la ejecución del Plan. Se expidieron comunicados conjuntos, que cubrieron, respectivamente, la coordinación general de programas, los aspectos de comunicación social y varios enfoques políticos y estratégicos para el programa.

A medida que se contó con los recursos suplementarios generados por el programa, la programación y el análisis financiero de los países se convirtieron en temas críticos. Era evidente que si había de evaluarse la continuidad del programa, debería ser posible analizar la repercusión diacrónica de una disminución de los aportes externos. Para ello, se perfeccionó con elementos recibidos de las otras entidades del CCI una metodología para programación nacional del PAI, que había evolucionado en la OPS desde 1981. Como resultado, comenzaron a desarrollarse los planes nacionales a partir de enero de 1987.

2.3.1 Metodología

Los planes nacionales incluyen un informe narrativo que cubre un quinquenio (1987-1991) y establece los objetivos y metas del programa,

Figura 11

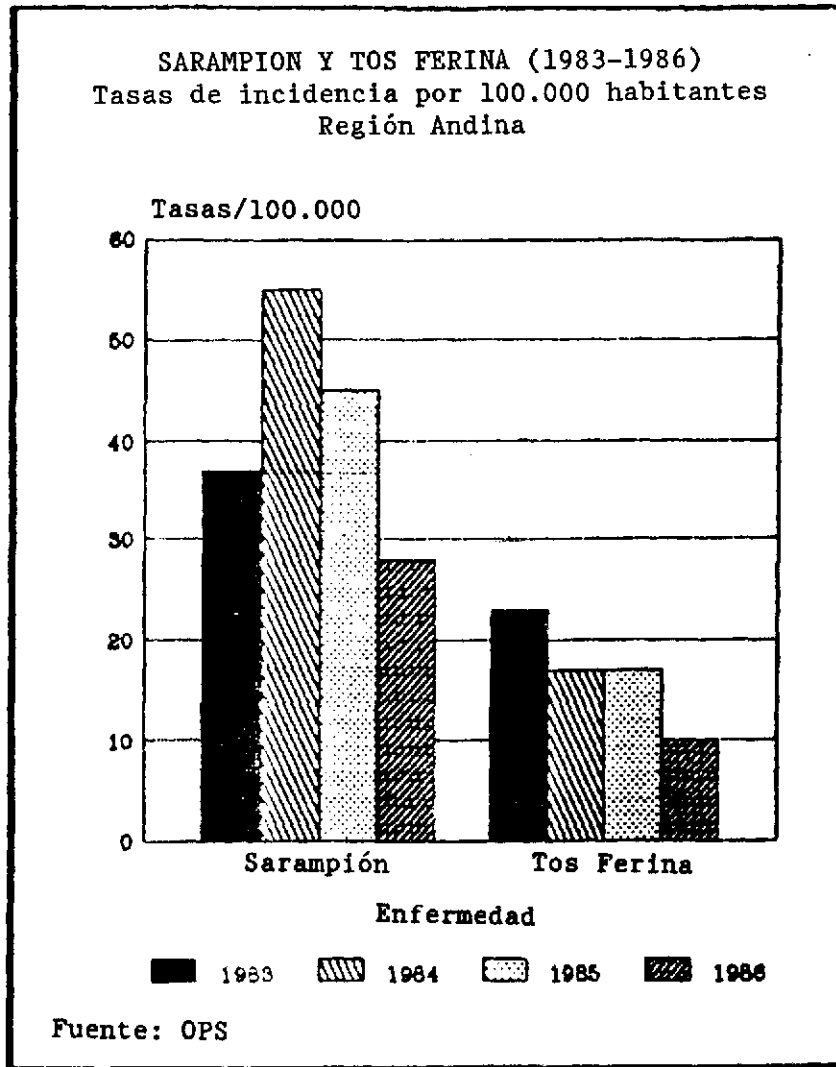
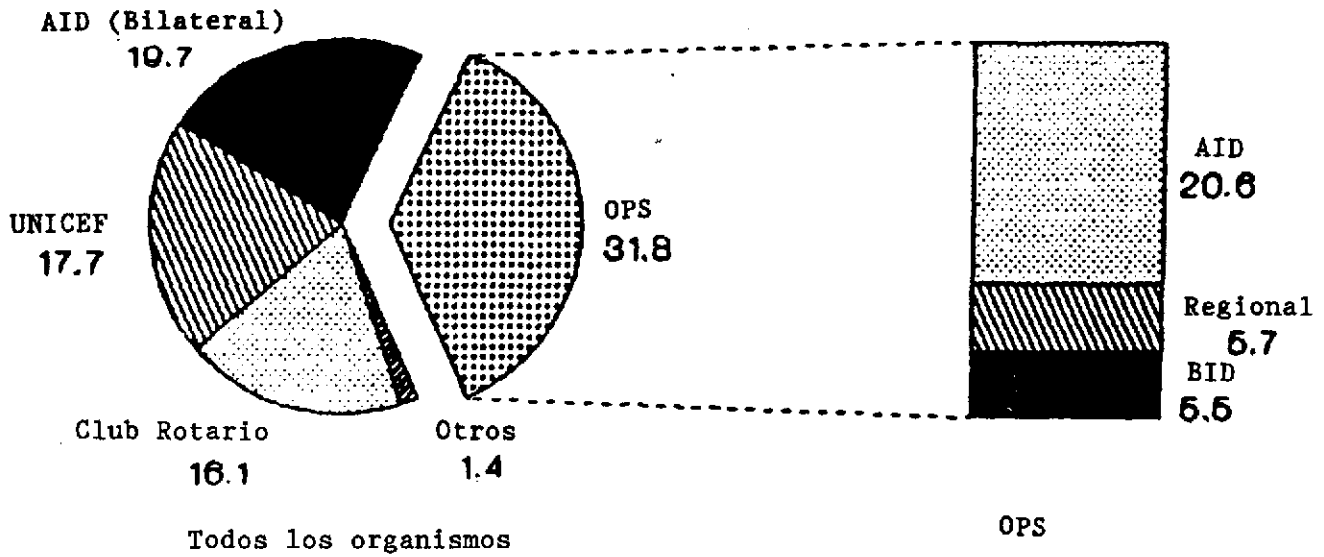


Figura 12

EL PAI EN LAS AMERICAS
Aportes de organismos externos*
1987-1991, US\$ (millones)



*Datos provisionales

Fuente: OPS

con estrategias y tácticas. También contienen un análisis detallado de actividades a realizarse durante el primer año en diversos campos de acción (productos biológicos, cadena de frío, adiestramiento, comunicación social, costos operativos, supervisión, vigilancia epidemiológica, investigaciones y evaluación). Para cada actividad hay una producción esperada y un plazo de ejecución. Por otra parte, se determina la responsabilidad por cada actividad y se define el costo total en función de gastos de capital u ordinarios. El costo de la actividad se analiza de ese modo por fuente de financiación (nacional y/o externa), y los recursos financieros externos se desglosan por institución. Luego se presenta una estimación de gastos en cada uno de estos campos de acción durante los cuatro años siguientes.

El plan de acción es elaborado en un principio por las autoridades nacionales del Ministerio de Salud. Una vez que se cuenta con un borrador, es analizado por el Gobierno y los organismos del CCI, que en ese momento tienen la oportunidad de comentar, hacer sugerencias y verificar la posibilidad de apoyo financiero y el grado de compromiso por campo de acción.

Después de estas discusiones y cuando se logra consenso sobre la factibilidad del plan, se firma un memorando de acuerdo entre el Gobierno y todos los organismos del CCI para la ejecución y el apoyo del plan. En este memorando se esbozan las responsabilidades del Gobierno y de cada organismo del CCI durante el quinquenio que cubre el plan. Por otra parte, se estipula la celebración de reuniones trimestrales de los organismos del CCI con funcionarios del Ministerio de Salud en las que se puede controlar y adaptar el plan de acción. Al final de cada año se realiza una evaluación y se prepara un resumen detallado de actividades para el siguiente año operativo. No todos los países han firmado el memorando ni aprovechan las reuniones trimestrales para coordinar los programas. Entre ellos se encuentran Chile, Haití, Jamaica, Panamá y Venezuela. Es importante notar que esta metodología se utiliza actualmente para coordinar y programar otros programas de salud.

2.3.2 Análisis financiero preliminar

Ya se dispone de datos sobre 20 países de América Latina y del Caribe que han completado el proceso de programación. Estos países representan a más del 96% de la población de América Latina y del Caribe. Los organismos del CCI comprometieron más de US\$63 millones para la implantación de estos planes nacionales de acción.

Agregando los recursos nacionales, el costo total estimado de estos planes es del orden de más de US\$450 millones, de los cuales 85% corresponde a fondos nacionales y 15%, a fondos externos.

La proporción de fondos externos oscila entre un mínimo de 4% en el Brasil y un máximo de 48% en Bolivia y aproximadamente el 75% de estos aportes están relacionados con gastos de capital, en particular, con los correspondientes a la cadena de frío, transporte, adiestramiento, laboratorios y comunicación social. Cerca del 90% de los costos ordinarios se cubren con fondos nacionales.

A excepción del Club Rotario Internacional, que costea suministros de la vacuna oral contra la poliomielitis para cinco años, y otras entidades (que representan menos del 2% de los aportes externos totales), los fondos de los demás organismos del CCI, la OPS, la AID, el BID y el UNICEF se destinan a cubrir los gastos de capital (aproximadamente 65% del aporte externo total).

Es también interesante señalar que al disminuir la financiación externa en el cuarto año y nivelarse en el quinto, los gastos nacionales tienden a aumentar levemente (Figura 13).

Estos datos sugieren que será necesario continuar con la financiación externa después de 1991, a niveles similares a los que existían antes de que se iniciara el esfuerzo actual de inmunización acelerada. Es también importante señalar que existe un leve aumento de los gastos nacionales hacia el final del quinquenio, lo cual sugiere el compromiso de los Gobiernos ante el programa y señala que los programas se mantendrán.

Como se mencionara, este análisis es preliminar y a medida que continúa el proceso de programación y evaluación, será necesario refinar los datos. Pero es importante notar el grado de compromiso que han demostrado los Gobiernos y las entidades externas hasta el momento, lo cual constituye una reafirmación de que las metas del PAI y la erradicación de la poliomielitis de este Hemisferio podrían alcanzarse para 1990.

2.4 Política y estrategias

Siguiendo la política general de proveer inmunización a todos los niños e interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas para 1990, se recomiendan los siguientes enfoques estratégicos para la ejecución de programas:

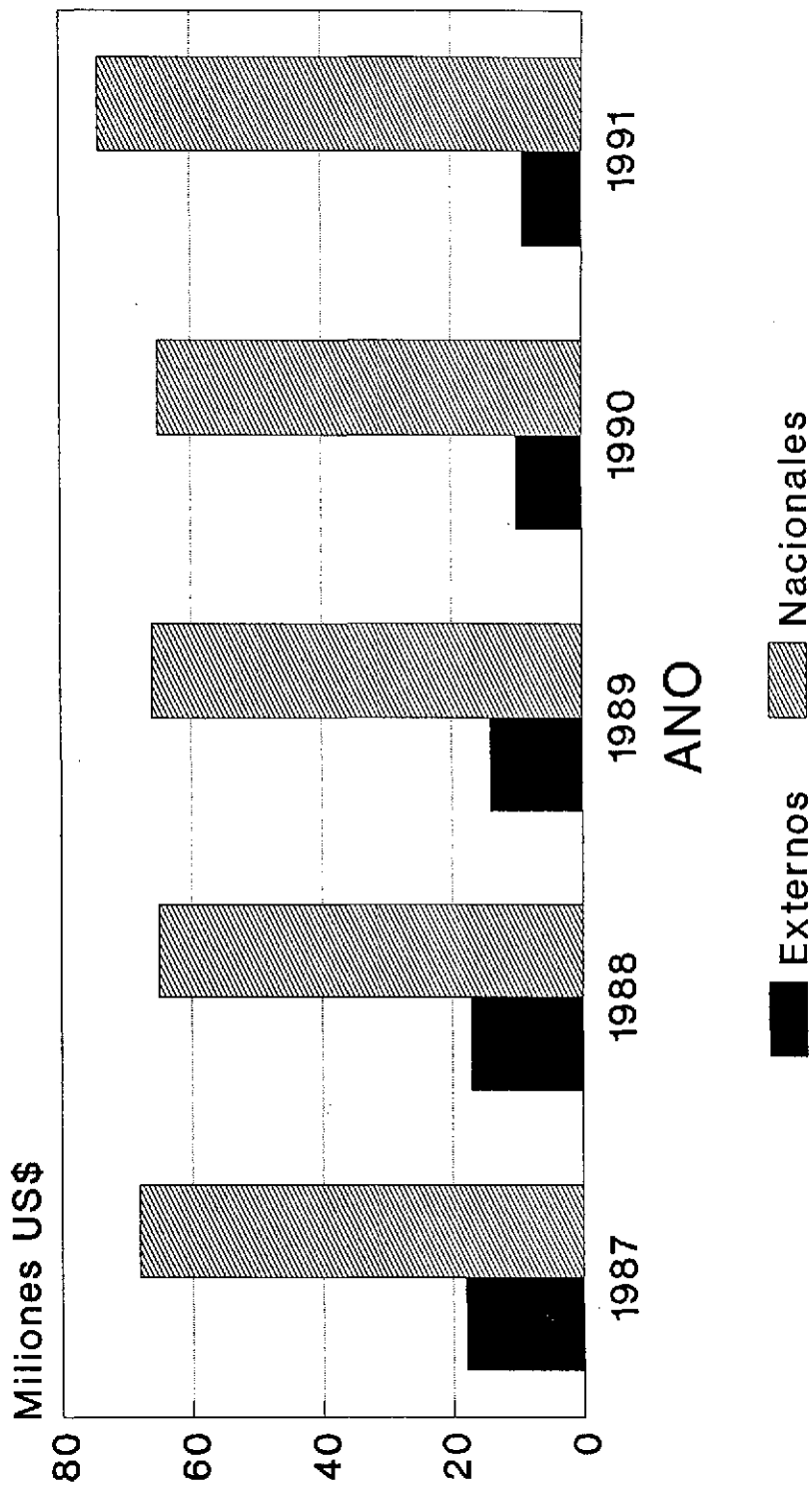
- a) Han de subrayarse los temas relacionados con el impacto del PAI en la reducción de las enfermedades, siendo la medida en que se logre reducir la morbilidad por poliomielitis a cero el indicador más sensible del éxito inmediato del programa. En consecuencia, una característica fundamental del plan de acción es la utilización de la existencia de poliomielitis en un país dado como el indicador inmediato de desempeño deficiente del PAI, y la determinación de tácticas para acelerar esfuerzos.
- b) Siguiendo estos criterios, los países de la Región se clasificaron en dos grupos principales:

Grupo I: Países infectados por poliomielitis (que han notificado casos autóctonos de la enfermedad en los últimos tres años).

Grupo II: Países exentos de poliomielitis (que no han notificado casos autóctonos de la enfermedad en los últimos tres años). Este grupo se dividió en dos subcategorías:

Figura 13

PAI EN LAS AMERICAS RECURSOS EXTERNOS Y NACIONALES (US\$) 1987 - 1991



Datos provisionales (19 países)

Fuente: PAHO

- Grupo II-A: Países de mayor riesgo (con una cobertura de vacunación de menos del 80% de los niños menores de un año en alguno de los tres años anteriores, en cualquier unidad geopolítica).
- Grupo II-B: Países de menor riesgo (que han mantenido una cobertura de vacunación de más del 80% de los niños menores de un año en cada uno de los tres años anteriores, en todas las unidades geopolíticas).

Las recomendaciones del Plan de Acción para alcanzar las metas del programa del PAI, incluida la erradicación de la poliomielitis, variarán de acuerdo con la cobertura de vacunación existente en cada país, el estado de la infraestructura de salud y el grado de actividad de la poliomielitis.

- c) Los días nacionales de vacunación, a celebrarse regularmente por lo menos dos veces al año, se recomiendan para países clasificados en el Grupo I. Su éxito requerirá intensa planificación logística de la oferta y la demanda y gran movilización social, como lo expresa la "Declaración Conjunta de OMS/UNICEF sobre Principios de Planificación para Actividades Aceleradas de Inmunización", publicada en 1985. En 1987, varios países del Grupo I como Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Paraguay, Perú y Venezuela dejaron de celebrar DNV o de utilizar todos los antígenos del PAI en los DNV, por lo que perdieron esta oportunidad de aumentar la cobertura general del PAI.
- d) La utilización de la estrategia de celebrar días nacionales de vacunación o de tácticas similares, que constituyen la clave para la erradicación de la poliomielitis y la aceleración de los programas, debe ser un complemento y no un sustituto de los servicios ofrecidos por los servicios básicos de salud, como también se manifiesta en el documento de la OPS titulado "Políticas para Inmunización en las Américas", publicado en septiembre de 1983.

En este sentido, se debe prestar atención a la ampliación y consolidación de la infraestructura, con lo que se podría garantizar la continuación de los servicios cuando se interrumpen estos esfuerzos especiales. La decisión al respecto se debe adoptar solo cuando la infraestructura básica pueda mantener el mismo grado de cobertura e impacto en la reducción de las enfermedades, incluida la continua ausencia de poliomielitis.

- e) Por otra parte, en el Plan de Acción y en los informes de las cinco reuniones celebradas hasta ahora por el Grupo Técnico Asesor se han recomendado y subrayado que los días nacionales

de vacunación deben incluir la administración de las vacunas DPT y antisarampionosa y del toxoide tetánico (a mujeres en edad fértil), para que no se pierda esta oportunidad de aumentar la cobertura con todos los antígenos del PAI.

- f) La vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (VOTP) constituirá el principal método para lograr erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas. La función apropiada de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP) en el esfuerzo de erradicación de la poliomielitis en las Américas será objeto de revisión permanente por parte del Grupo Técnico Asesor.
- g) A medida que los sistemas nacionales de vigilancia de las enfermedades evolucionan y se detectan casos o brotes de poliomielitis en los intervalos entre los días nacionales de vacunación, deben implantarse medidas de contención inmediata en forma de inmunización con la VOTP. Estas medidas de contención pueden estar limitadas geográficamente o abarcar grandes áreas que cubran hasta toda una provincia, estado o país, según las características epidemiológicas del brote. Para agilizar el proceso y facilitar los arreglos logísticos, se debe usar un solo antígeno al aplicar la vacunación como medida de contención para el control de brotes.
- h) Los países clasificados en el Grupo II deben esforzarse en todo sentido para asegurar la continuidad de un alto grado de cobertura y también intensificar las actividades de vigilancia para poder mantener la ausencia de poliomielitis, y deben orientarse hacia un mayor control del sarampión y del tétanos neonatal.

2.5 Coordinación interagencial

Desde la última revisión del PAI hecha por el Consejo Directivo en septiembre de 1986, el Comité de Coordinación Interagencial se ha reunido dos veces, en enero y septiembre de 1987. Se efectuaron dos declaraciones importantes en estas dos reuniones, la primera en relación con la revisión conjunta de los planes nacionales de acción y la firma conjunta de convenios con los gobiernos para su ejecución, y la segunda referente a la puesta en práctica de un plan conjunto de comunicación social en apoyo del PAI en la Región.

Una tercera declaración conjunta del CCI se refiere a los enfoques políticos y estratégicos del PAI en la Región de las Américas. Esta declaración recalca el tema de la repercusión del programa sobre la reducción de las enfermedades, la mejora de los sistemas de vigilancia y la utilización de días nacionales de vacunación para aumentar la cobertura de inmunización y de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis como cuña de apertura para el desarrollo del PAI.

La coordinación interagencial desempeñará una función más importante para desarrollar programas sostenidos de inmunización durante el resto de este decenio y después de 1990.

3. Informes del Grupo Técnico Asesor

El Grupo Técnico Asesor se reunió cinco veces desde la iniciación de las actividades para erradicar la poliomielitis. Se dio amplia difusión a los informes de estas reuniones. Dada la importancia y relevancia de la última reunión, que se celebró en Lima, Perú, del 26 al 29 de enero de 1988, la siguiente sección se referirá a las recomendaciones de esa reunión, cuyo apoyo se solicita al Comité Ejecutivo.

4. Recomendaciones de la Quinta Reunión del Grupo Técnico Asesor

Se ha progresado mucho desde 1985 cuando los países de las Américas resolvieron erradicar la poliomielitis del Hemisferio para 1990. Muchos países han mejorado la calidad de sus sistemas de información. La cobertura general notificada con la vacuna antipoliomielítica superó el 80% en 1986 y 1987. A pesar del aumento de las actividades de vigilancia, el total de casos notificados de poliomielitis paralítica en realidad disminuyó en 1987. Si bien el número notificado de casos aumentó en algunos países en 1987 respecto de 1986, el incremento no fue inesperado dada la intensificación de la vigilancia.

El entusiasmo, interés y compromiso de parte de muchos países parece ser congruente con el trabajo por el logro del objetivo de erradicación de la poliomielitis para 1990. Sin embargo, dicho compromiso no existe en todos los países y algunos elementos críticos del programa no se han aplicado adecuadamente.

Faltan menos de tres años para la fecha proyectada de erradicación de la poliomielitis. Cada país debe evaluar el estado actual de su programa sin demora para determinar qué cambios deben realizarse con el fin de acelerar el trabajo conducente a la meta. La estrategia de erradicación debe permanecer la misma: a) logro y mantenimiento de una alta cobertura de vacunación; b) vigilancia intensiva e investigación activa de casos, y c) contención dinámica.

El GTA cree que el Plan de Acción para Erradicar la Transmisión Autóctona del Poliovirus Salvaje de las Américas para 1990 aun resulta apropiado para alcanzar y mantener una alta cobertura de vacunación.

Muchas de las conclusiones y recomendaciones anteriores y las que siguen son parte de informes anteriores del GTA, pero pueden repetirse porque siguen siendo componentes fundamentales del esfuerzo de erradicación de la poliomielitis y porque en muchos casos no se han observado por completo.

4.1 Estrategia y cobertura de vacunación

- a) Los días nacionales de vacunación con la VOTP deben ser adoptados por los países clasificados como infectados por poliomielitis. Esta es la estrategia más efectiva para la interrupción inmediata de la transmisión del poliovirus salvaje.

- b) Los DNV deben incluir la administración de vacunas DPT, y anti-sarampionosa y de toxoide tetánico (para mujeres en edad fértil) para obtener el máximo beneficio para la salud de los recursos gastados. Se debe hacer todo lo posible para que los DNV ayuden a consolidar a todo el PAI y a lograr el establecimiento de servicios permanentes de inmunización.
- c) La presencia permanente de casos en las zonas periurbanas de muchos países merece especial atención. Estas representan indudablemente reservorios de infección desde los que la enfermedad se propaga a las zonas rurales. Se justifica realizar campañas especiales de vacunación intensiva que cubran estas zonas.
- d) Debe aprovecharse toda oportunidad para vacunar a los niños y a las mujeres en edad fértil. Se debe ofrecer inmunización a cada niño que pueda recibirla en todas las consultas con fines de atención de salud.

4.2 Vigilancia e investigación

La vigilancia sigue siendo el elemento clave para el control y la erradicación de enfermedades y debe seguir recibiendo la más alta prioridad. Son notables las mejoras de la calidad y la cantidad de información sobre vigilancia; sin embargo, poquísimos países cuentan con sistemas totalmente adecuados.

- a) Los sistemas de vigilancia deben concebirse de manera que se pueda obtener información semanal de todas las unidades de salud (incluso de hospitales y unidades de rehabilitación) donde es probable que se observen casos de poliomielitis. Cada unidad debe presentar un informe semanal, independientemente de si aparecen casos o no. Debe mantenerse una nómina de informes por sitio para vigilar el cumplimiento. La red de información, que debe incluir establecimientos públicos y privados de atención de salud, debe estar en pleno funcionamiento en todos los países para fines de 1988.
- b) Las definiciones/clasificaciones de casos establecidas por el GTA se deben emplear en todos los países tanto para vigilancia como para notificación. Deben usarse criterios uniformes para confirmar casos, siguiendo las normas instituidas anteriormente. Específicamente, el GTA sigue recomendando que los siguientes se clasifiquen como casos confirmados de poliomielitis para fines epidemiológicos:
 - i) todos los casos de parálisis flácida aguda con confirmación de poliomielitis por un laboratorio;
 - ii) todos los casos de parálisis flácida aguda con parálisis residual a los 60 días y sin otro diagnóstico específico. Los casos en personas menores de 15 años, diagnosticados por especialistas clínicos como Síndrome de Guillian-Barré (SGB) con parálisis flácida residual a los 60 días, se deben clasificar como poliomielitis confirmada;

- iii) todos los casos de parálisis flácida aguda que se pierden de vista o que mueren dentro de los 60 días de su aparición.
- c) Las actividades de contención deben iniciarse después de la clasificación preliminar, sin esperar a la evaluación final.
- d) La clasificación final de casos debe realizarse antes de que se cumplan 10 semanas de la aparición.
- e) Las dificultades para diferenciar la poliomiелitis del SGB indican la necesidad de realizar estudios previos de las características clínicas y epidemiológicas de ambos con el objetivo de establecer una definición más específica de los casos de poliomiелitis, manteniendo la sensibilidad. La evaluación previa es crítica para que se puedan tomar historias clínicas adecuadas, recoger muestras de laboratorio y obtener pruebas para fines de diagnóstico, como estudios de conducción nerviosa y electromiogramas (EMG) en todos los casos.

4.3 Apoyo de laboratorio

Los laboratorios desempeñan una función crítica en el esfuerzo de erradicación de la poliomiелitis. El tratamiento rápido de las muestras y la pronta devolución de los resultados a los epidemiólogos y a otras autoridades de salud son esenciales para las actividades de vigilancia y contención.

- a) Se exige alta calidad y fiabilidad a todos los laboratorios de la red. Los laboratorios deben evaluarse periódicamente haciéndoles realizar estudios serológicos ciegos en muestras codificadas preparadas para que tengan concentraciones específicas. También se deben realizar pruebas similares para aislar virus.
- b) Si los laboratorios nacionales van a seguir realizando trabajos con poliovirus una vez que entre en funcionamiento la red de laboratorios de diagnóstico, deben enviar duplicados de todas las muestras del virus de la poliomiелitis a los laboratorios de la red.
- c) Deben realizarse reuniones periódicas de epidemiólogos con el personal del laboratorio para cumplir con todas las etapas del diagnóstico, desde la recolección de muestras hasta la información de resultados, y para integrar la experiencia de epidemiólogos y técnicos de laboratorio en materia de diagnóstico en la determinación de la presencia o ausencia de poliomiелitis.
- d) La mayor prioridad de los laboratorios de la red es determinar si la enfermedad objeto de evaluación se confirma o no como poliomiелitis. Otros estudios para determinar la etiología exacta si el caso no se confirma como poliomiелitis revisten poca prioridad.

4.4 Formulación de la vacuna antipoliomielítica

Varios estudios preliminares en el Brasil sugieren que es baja la seroconversión al poliovirus de tipo 3 en la VOTP y que esa tasa se puede explicar por la poca cantidad del componente del tipo 3, 300.000 TCID₅₀, en algunas vacunas. La seroconversión baja se superó en parte subiendo la concentración del tipo 3 a 600.000 TCID₅₀. El GTA recomienda que, en cuanto sea factible, todas las compras de VOTP para el programa contengan aproximadamente 600.000 TCID₅₀ del componente del tipo 3, lo cual puede contribuir a mejorar las tasas de seroconversión a ese tipo en otros países.

5. Conclusiones

Han transcurrido casi tres años desde que se anunciara la iniciativa en mayo de 1985 para erradicar la poliomielitis de las Américas para 1990. Faltan menos de tres años para la llegada de la fecha prevista.

En los últimos tres años, el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo de la OPS han revisado la evolución del programa, y los dos grupos que asesoran a la Organización sobre este tema--el CCI y el GTA--se han reunido, respectivamente, cuatro y cinco veces.

Los adelantos logrados en la Región y en los países hasta la fecha han sido considerables.. Muchos países han mejorado la calidad de sus sistemas de información; la cobertura general notificada con la vacuna antipoliomielítica ascendió a 80% en 1986 y 1987; a pesar de mayores actividades de vigilancia, el total de casos confirmados de poliomielitis paralítica ha sido inferior a 1.000 en los últimos dos años y, en realidad, disminuyó en 1987 al compararlo con 1986. Si bien el número de casos aumentó en algunos países en 1987 en comparación con 1986, el incremento no fue inesperado dada la intensificación de la vigilancia.

El esfuerzo para erradicar la poliomielitis ha ejercido un efecto favorable sobre el desarrollo general del PAI y la cobertura con otras vacunas del PAI ha aumentado paralelamente a la de la vacuna antipoliomielítica. Las metodologías de planificación, coordinación y evaluación de programas empleadas por el PAI han resultado útiles para otros programas de salud y han sido favorables para el proceso general de descentralización y organización de los servicios locales de salud.

Sin embargo, la tarea es difícil y queda mucho por hacer si ha de cumplirse con las metas. Los principales impedimentos para el éxito del programa se relacionan con el compromiso político, la asignación de recursos y la adhesión a las políticas y estrategias del programa, según se establece en el Plan Regional de Acción y en las recomendaciones de las diversas reuniones del CCI, el GTA y el Consejo Directivo de la OPS.

Las recomendaciones de la reunión más reciente del GTA (celebrada en enero de 1988) se presentaron en la Sección 4. En estas se recalca que la estrategia del programa permanece intacta y que para alcanzar las

metas del mismo es necesario, entre otras cosas: a) mantener un alto grado de cobertura de vacunación; b) efectuar vigilancia intensiva y una activa investigación de casos, y c) instituir un dinámico control de brotes.

Para lograr lo mencionado, deben celebrarse días nacionales de vacunación como complemento de los servicios regulares de vacunación, y los sistemas de vigilancia se deben organizar y consolidar aun más.

Las metas del PAI y de erradicación de la poliomielitis son alcanzables en la Región de las Américas, pero serán necesarios esfuerzos adicionales de parte de los Países Miembros para poder lograr la meta fijada para 1990.