



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XV, Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 1993

Poliovirus salvaje importado a las Américas

No se han detectado casos de poliomielitis causados por el poliovirus salvaje originario de la Región de las Américas por 20 meses y los sistemas nacionales de salud han venido preparándose para cumplir con los exigentes criterios establecidos por la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) con objeto de poder obtener la certificación definitiva. Uno de los requisitos establecidos por la Comisión es que los sistemas nacionales sean capaces de detectar y contener la propagación de cualquier poliovirus salvaje que pueda importarse de otras partes del mundo.

Como resultado del brote de casos de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje en los Países Bajos a fines de 1992 y comienzos de 1993 (véanse los números anteriores del boletín), la OPS/OMS ha instado a los países miembros con comunidades cerradas sin vacunar a que realicen una búsqueda activa además de sus actividades ordinarias de vigilancia, en particular cuando se sepa que dichas comunidades tienen contacto con otras similares de ese país.

México y el Canadá fueron los primeros países en efectuar una búsqueda activa y los Estados Unidos han tomado medidas para determinar si ha habido alguna importación. Se descubrió poliovirus salvaje importado en el Canadá y los resultados del trabajo emprendido en México están todavía pendientes.

Mientras tanto, la OPS/OMS ha alertado a todos los países del Hemisferio para que fortalezcan sus sistemas de vigilancia y hagan tanto esté a su alcance por comunicarse con todas las comunidades cerradas sin vacunar y conseguir su apoyo para las actividades de erradicación, convenciéndolas de que acepten la vacunación. Las muestras especiales de heces tomadas en estas y otras comunidades vecinas y la elevada cobertura de vacunación son también importantes para asegurarse de que las personas susceptibles no se expongan al poliovirus importado. En los informes reseñados a continuación se resume la situación actual.

Canadá

Entre septiembre de 1992 y febrero de 1993, ocurrieron 68 casos de poliomielitis parálitica en personas de una comunidad religiosa de los Países Bajos (1). Puesto que las de otra comunidad afiliada de Alberta, Canadá, tenían contacto directo (en viajes de ida y regreso a los Países Bajos) con las de la afectada, las autoridades sanitarias de Alberta realizaron una investigación entre enero y febrero de 1993 para determinar si se había importado ese poliovirus (2).

La investigación se concentró en una pequeña comunidad rural del Sur de Alberta que notificó el único caso de poliomielitis de esa provincia durante el último brote (11 casos) de la enfermedad en el Canadá en 1978 (3,4). La comunidad está formada por personas de un grupo religioso que suele rechazar la vacunación.

Se aisló el poliovirus salvaje del tipo 3 (PV3) en las muestras fecales de 21 (47%) de 45 personas (sobre todo niños). Las investigaciones de laboratorio realizadas por el Centro Nacional de Enterovirus en Halifax con técnicas de

análisis molecular, en colaboración con los laboratorios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta en los Estados Unidos, permitieron determinar que este PV3 era casi idéntico a la cepa que causó el reciente brote en los Países Bajos.

No se han descubierto casos de poliomielitis parálitica en el Canadá desde 1988. Los epidemiólogos provinciales de ese país, en colaboración con el Laboratorio de Control de Enfermedades, de Ottawa, han intensificado la vigilancia de casos de parálisis flácida aguda. Además, se ha ofrecido vacunar contra el poliovirus a las personas de todas las comunidades no inmunizadas. Hay estudios en marcha para determinar si el poliovirus circula en comunidades de esa clase en Columbia Británica y Ontario.

Adaptado de Canada Communicable Disease Report 1993;19:57-8. Notificado por la División de Enfermedades Víricas y Rickettsiales, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas, División de Inmunización, Centro Nacional de Servicios de Prevención, CDC.

En este número:

Poliovirus salvaje importado a las Américas	1
Cartagena, Colombia: Búsqueda activa no encuentra casos de poliomielitis	3
Clasificación de la parálisis flácida aguda	5

Planes Nacionales de Acción y sostenibilidad del PAI	5
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
La "vida fría" de los recipientes térmicos	8

E.U.A.

Los resultados del presente informe constituyen el primer caso documentado de importación y circulación de poliovirus salvaje en el Hemisferio Occidental desde la aparente erradicación de la infección causada por ese microorganismo en agosto de 1991 (5). No se han notificado casos de poliomiélitis parálitica en las comunidades afectadas de Alberta; sin embargo, como la razón de casos clínicos a subclínicos de la infección por el PV3 puede ser muy baja—hasta de 1:1000 (6)—el poliovirus salvaje puede circular en un grupo de población por varios meses antes de que se manifieste la enfermedad parálitica. El último brote de poliomiélitis en los Estados Unidos ocurrió en 1979 cuando se notificaron 10 casos paráliticos en cuatro estados (Iowa, Missouri, Pennsylvania y Wisconsin). Ese brote se originó en los Países Bajos en 1978 cuando el poliovirus del tipo 1 se propagó de ese país al Canadá y luego a los Estados Unidos (3,4,7,8).

En cada uno de esos brotes ocurrieron casos clínicos de poliomiélitis e infecciones asintomáticas casi exclusivamente en grupos religiosos que rechazan la vacunación. Varios subgrupos de personas susceptibles residentes en poblaciones que, de otro modo, tienen una elevada cobertura vacunal, pueden fomentar periódicamente la transmisión epidémica de la poliomiélitis (3,4,7,8). Sin embargo, es poco el riesgo de exposición, infección y parálisis que corren las personas vacunadas en la población en general. Por tanto, se estima que quienes han recibido todas las dosis recomendadas de la vacuna de poliovirus (es decir, de 3 a 4 dosis) no corren un mayor riesgo de poliomiélitis y, por tanto, no se recomiendan medidas especiales (aplicación de más vacunas).

Por el riesgo de importación y propagación del poliovirus, las personas menores de 18 años que no hayan recibido todas las dosis recomendadas deben iniciar o terminar la serie primaria de la vacuna de poliovirus, de conformidad con las recomendaciones del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (9,10). Además, hay que empeñarse particularmente en ampliar el grado de aceptación de la vacuna y aplicarla a las personas de grupos religiosos que la rechazan sistemáticamente, que no hayan sido inmunizadas ni recibido todas las dosis recomendadas. Se recomienda aplicar la vacuna oral contra la poliomiélitis (VOP) a todos los residentes no inmunizados de esas comunidades, incluso a los mayores de 18 años, porque eso puede limitar la propagación del poliovirus en la comunidad en caso de que se introduzca.

Por causa del brote ocurrido en los Países Bajos y la detección del PV3 en Alberta, se ha ampliado la vigilancia de la poliomiélitis en los Estados Unidos para incluir investigaciones clínicas y de laboratorio de cualquier caso de parálisis aguda o de meningitis aséptica que afecte a las personas de los grupos religiosos que rechazan la vacunación, así como a las personas no vacunadas de la población en general vecina de esas colectividades religiosas. Además, hay estudios en marcha para documentar la presencia o ausencia del poliovirus salvaje en los Estados Unidos en las comunidades que no aceptan la vacunación.

La documentación de la existencia de poliovirus salvaje importado en Alberta, después de un período de 18 meses de ausencia de las Américas, demuestra la posibilidad de su reintroducción a las zonas donde se creía haber eliminado la poliomiélitis. Las personas de colectividades religiosas que rechazan la vacunación corren actualmente el mayor riesgo de poliomiélitis parálitica en los Estados Unidos.

Aunque se está haciendo todo lo posible por protegerlas, las actividades de inmunización previas en esas comunidades han sido de eficacia limitada.

Solamente la erradicación mundial de la poliomiélitis, una meta de salud para el año 2000 adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1988, garantizará que los poliovirus dejen de causar enfermedad parálitica en los Estados Unidos y en el resto del mundo.

Fuente: Monthly Morbidity and Mortality Report, Vol.42/No. 17, May 1993, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

Referencias

1. CDC, Update: Poliomyelitis outbreak-Netherlands, 1992. MMWR 1992;41:917-919.
2. Health and Welfare Canada. Preliminary report: wild poliovirus isolated in Alberta, 1993. Canada Communicable Disease Report 1993;19:57-8.
3. White FMM, Lacey BA, Constance PDA. An outbreak of poliovirus infection in Alberta, 1978. Canadian J Public Health 1981;72:239-244.
4. Varughese PV, Carter AO, Acres, SE, Furesz J. Eradication of indigenous poliomyelitis in Canada: Impact of vaccination strategies. Canadian J Public Health 1989;80:363-368.
5. CDC. Update: Eradication of paralytic poliomyelitis in the Americas. MMWR 1992;41:641-683.
6. Salk JE. Requirements for persistent immunity to poliovirus. Transactions of the Association of American Physicians 1956;69:105-14.
7. Schonberger LB, Kaplan J, Kim-Farley R, Moore M, Eddins DL, Hatch M. Control of paralytic poliomyelitis in the United States, Rev Infect Dis 1984;6 (suppl);424-426.
8. Schaap GJP, Bijkerk H, Coutinho RA, Kapsenberg JG, van Wezel AL. The spread of wild poliovirus in the well-vaccinated Netherlands in connection with the 1978 epidemic. Prog Med Virol 1984;29:124-140.
9. CDC. Poliomyelitis prevention. MMWR 1982;31:22-26, 31-34.
10. CDC. Poliomyelitis prevention: enhanced-potency inactivated poliomyelitis vaccine-supplementary statement. MMWR 1987;36:795-798.

México

Existe el antecedente de que el poliovirus salvaje [puede estar circulando] en Canadá y Estados Unidos, probablemente introducido por un [grupo religioso no vacunado] desde Europa.

Por esto y por la movilidad que estos grupos tienen, la Coordinación Nacional decidió establecer en cada entidad un sistema de vigilancia epidemiológica intensiva en estos grupos y alrededor de ellos, con la participación operativa directa de los epidemiólogos regionales y el personal de la Secretaría de Salud.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- a) Determinar las entidades o áreas con colonias de [grupos religiosos u otros que rehusan vacunarse].
- b) Establecer contacto con las autoridades estatales de salud para informar sobre esta situación y pedirles su colaboración.
- c) Seleccionar las localidades de riesgo más grandes y representativas de cada entidad.
- d) Establecer contacto con las autoridades de cada colonia "Gobernador" para informarles sobre esta situación y solicitar su colaboración.
- e) Obtener información sobre: la estructura de la población por edad y sexo; sus movimientos migratorios nacionales e internacionales; la morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles y PFA; y cobertura de vacunación los distintos grupos étnicos.

f) Realizar un monitoreo de las heces principalmente en menores de cinco años y, dependiendo de los antecedentes vacunales, en otros grupos de edad.

Actividades realizadas:

En el acercamiento inicial, los epidemiólogos regionales visitaron dos o tres comunidades en cada entidad y realizaron entrevistas directas con los líderes y la población. De esta manera se obtuvo la siguiente información:

El tamaño de las localidades de [grupos religiosos que rehusan vacunarse] es variable; hay colonias en las que habitan unas cuantas familias hasta colonias con varios miles de habitantes. (Hace unos años estas colonias se concentraban en la parte centro-norte del país, actualmente las hay en casi todas las entidades federativas). Recientemente la cobertura de vacunación se ha incrementado, en general aceptan la inmunización con vacuna oral (Sabin). La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación entre estos grupos es similar o menor a la población general.

Estos grupos se desplazan entre sus comunidades tanto en el territorio nacional como en el extranjero ya sea por actividades comerciales o por visitas amistosas; asimismo son visitados por miembros de colonias de Estados Unidos y Canadá.

Laboratorio

De 98 muestras de heces tomadas en cuatro entidades hay 27 con resultados negativos, 11 con aislamiento en identificación y 51 en proceso.

Conclusiones

Debido a la circulación de poliovirus 3 salvaje en [colonias religiosas que rehusan la vacunación] en Canadá, y a los resultados encontrados en la visita que realizaron los epidemiólogos regionales, es necesario intensificar y continuar estas actividades, cubriendo la totalidad de estos grupos en el país; esto con el fin de establecer un sistema de vigilancia similar que incluya el monitoreo de poliovirus, manteniéndolo hasta que este ya no circule en el continente, para lo cual se realizarán las siguientes acciones:

- * Ubicar a todas las localidades de comunidades [religiosas sin vacunar] en el país.

- * Incluir estas localidades en el sistema de monitoreo ambiental de poliovirus, de manera mensual, en forma aleatoria.

- * Realizar visitas periódicas para conocer la morbilidad y los movimientos migratorios que estos grupos realicen.

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Secretaría de Salud, México.

Cartagena, Colombia: Búsqueda activa no encuentra casos de poliomielitis

En agosto del presente año, se cumplirán dos años sin que se haya registrado un solo caso de poliomielitis causada por el poliovirus salvaje originario de la Región de las Américas. Como resultado de lo que parece ser el éxito de la campaña de erradicación lanzada hace ocho años, los países de la Región han entrado a la fase de certificación de la erradicación.

Como se ha detallado en varios números anteriores del boletín, la vigilancia de la parálisis fláccida aguda es la piedra angular del proceso de certificación. La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) exige cumplimiento de los estrictos criterios de vigilancia de la PFA para verificar que haya cesado la circulación del virus salvaje originario de la Región de las Américas (véase el Boletín Informativo PAI, Vol. XV, No. 2, abril 1993, pág. 2). Los países de la Región han hecho un extraordinario esfuerzo por fortalecer sus sistemas de vigilancia y está aumentando paulatinamente el número de los que han logrado cumplir con los requisitos de la Comisión.

Mientras tanto, la OPS está ensayando una metodología para realizar la búsqueda activa de casos de PFA por medio

de fuentes independientes de los sistemas de vigilancia establecidos. El objetivo es verificar si estos últimos permiten detectar debidamente todos esos casos. Con ese fin, se ensayó primero en Cartagena, Colombia, esta metodología, que es similar a la empleada durante la campaña de erradicación de la viruela.

Se realizaron encuestas de centros de la comunidad e individuos de importancia clave y se examinaron las fichas institucionales como parte de la búsqueda activa de casos de PFA.

A continuación se resumen los resultados preliminares obtenidos.

Cartagena está localizada en el Departamento de Bolívar. Allá se notificó un caso confirmado de poliomielitis en 1990, seguido de tres en 1991, el último en abril de ese año. Por más de dos años no se ha notificado ningún caso confirmado. La búsqueda activa de casos de PFA se realizó en marzo del año en curso en la región sudoriental de la ciudad, donde hay aproximadamente 80 000 niños menores de 15 años.

Se entrevistó a los jefes de 338 "organizaciones" comunitarias. En algunas de éstas, como escuelas y asociaciones de la comunidad, se entrevistó a más de una persona.

Cerca del 29% de las organizaciones eran "hogares comunitarios", es decir, viviendas particulares donde una madre cuida a los niños del barrio durante el día mientras otras trabajan. Alrededor del 24% de las instituciones encuestadas eran "tiendas", es decir, pequeños negocios que funcionan en la casa del dueño.

Los líderes de la comunidad, que constituyeron alrededor del 20% de los entrevistados, eran personas que participan en grupos comunitarios, desempeñan otras funciones directivas en la comunidad o conocen bien a la gente de su barrio.

Las "escuelas" incluyen jardines infantiles, colegios y escuelas primarias. Constituyen un poco más del 13% de las organizaciones encuestadas.

Las "asociaciones de la comunidad" (alrededor del 9% de todas las fuentes) entrevistadas incluyeron clubes de ancianos, brigadas cívicas, comités de vecinos y grupos de madres.

Se preguntó a los entrevistados si conocían a algún niño menor de 15 años que tuviera dificultad para caminar.

En marzo de 1993, 151 (44,7%) de las 338 organizaciones comunitarias entrevistadas declararon que conocían a niños con dificultad para caminar y menores de 15 años. Se identificó a un total de 156 casos de esa clase.

Las organizaciones no gubernamentales y las instituciones de salud tuvieron la mayor frecuencia de notificación, los hogares comunitarios se situaron en la mitad de la escala y las tiendas en el punto correspondiente al menor conocimiento de casos (el 74% no notificó ninguno).

Los exámenes médicos de los 156 niños permitieron determinar que 35 de ellos (22% del total) tenían poliomielitis como diagnóstico definitivo. Cuando esos niños se agruparon según el año del inicio de la parálisis, éste se concentró en 1980 y 1981, años de epidemia de poliomielitis según las fichas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Bolívar. Los últimos casos de poliomielitis notificados por fuentes de la comunidad ocurrieron en 1991, lo que coincide con los datos del sistema de vigilancia.

Mientras se realizaba la encuesta de fuentes de la comunidad, se efectuó una búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda en las instituciones de salud de la ciudad de Cartagena. Se examinó el diagnóstico de unos 15 000 pacientes egresados y 216 000 fichas de los atendidos en los dispensarios de consulta externa sin cita previa en 1992. Se descubrió que dos casos no notificados de parálisis flácida aguda (que se iniciaron en 1992) se habían clasificado como síndrome de Guillain Barré en la institución asistencial. La información de la ficha médica correspondiente permitió confirmar el diagnóstico. Los casos ocurrieron antes de que la institución ingresara al sistema de notificación negativa de casos de parálisis flácida aguda.

Conclusiones

En el estudio se descubrió que todos los casos de parálisis flácida aguda notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Bolívar, ocurridos en zona de la encuesta entre 1989 y 1993, todavía vivos en marzo de 1993 y con secuelas en el momento del último examen médico, también eran conocidos de las fuentes entrevistadas en la comunidad.

Los resultados de la encuesta y la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda en las fichas de las instituciones médicas locales sugieren que no ha habido ningún caso de poliomielitis por más de dos años en la zona investigada. El hecho de que todos los casos notificados por fuentes de la comunidad fueran también conocidos del sistema de vigilancia de PFA de Cartagena sugiere además que éste funciona bien.

Se necesitan más estudios de esa clase, sobre todo en las zonas donde la vigilancia deficiente es la norma, antes de poder emplear regularmente la metodología en mayor escala.

Fuente: Búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, estudio de sensibilidad de las fuentes de información de la comunidad. Dr. José Cassio de Moraes, Consultor de la OPS/OMS.

Diagnóstico final de los casos de niños* con dificultad para caminar notificados por fuentes de la comunidad. Cartagena, Colombia, marzo de 1993.					
Edad en meses	Poliomielitis		No Poliomielitis		Total
	Número	%	Número	%	
< 1	0	-	0	-	0
1-2	0	-	1	0,8	1
3-5	0	-	0	-	0
6-8	0	-	1	0,8	1
9-11	0	-	1	0,8	1
12-17	0	-	3	2,5	3
18-23	0	-	5	4,1	5
24-35	3	8,6	15	12,4	18
36-47	1	2,9	8	6,6	9
48-59	0	-	6	5,0	6
60-119	8	22,9	40	33,1	48
120-155	12	34,3	29	24,0	41
156-179	11	31,4	12	9,9	23
Total	35	100,0	121	100,0	156

* Niños menores de 15 años el 1° de marzo de 1993

Clasificación de la parálisis flácida aguda

La vigilancia de la parálisis flácida aguda es el núcleo de la campaña de erradicación de la poliomiélitis y las definiciones uniformes de casos son indispensables para su éxito. Con la vigilancia de la PFA se aspira a detectar todos los casos de ésta y no apenas los que se presume que son de poliomiélitis.

Los términos parálisis flácida "probable" y "aguda" son sinónimos en un programa de erradicación. Se deben obtener muestras fecales adecuadas de los casos probables y sus contactos.

Todos los casos probables deben reclasificarse a más tardar 10 semanas después del inicio de la parálisis como "confirmados", "compatibles" o "descartados".

El cuadro acompañante ofrece una referencia rápida para diagnosticar y clasificar los casos de PFA sin otro diagnóstico etiológico claro (como un tumor o un traumatismo repentino).

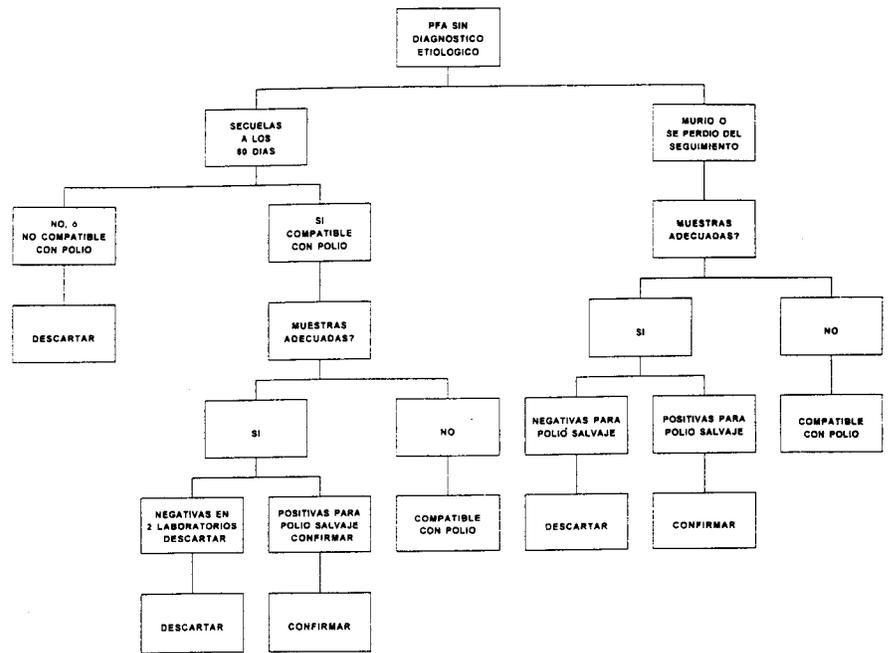
Caso confirmado de poliomiélitis: Enfermedad paralítica aguda con parálisis residual o sin ésta y en que se aisló el poliovirus salvaje de la muestra fecal del caso o de sus contactos.

Caso compatible con poliomiélitis: Un caso es compatible con poliomiélitis cuando no se recogieron dos muestras fecales adecuadas de un caso probable en las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis y hay una enfermedad paralítica aguda, con parálisis residual compatible con poliomiélitis a los 60 días, o sobreviene la muerte dentro de 60 días o el caso se pierde del seguimiento.

Caso descartado (no es poliomiélitis): Enfermedad paralítica aguda en que se tomaron dos muestras fecales adecuadas en las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis y no estaban infectadas por poliovirus y no se encontró éste en las muestras fecales de cinco contactos menores de cinco años, que no se habían vacunado en los 30 días precedentes.

Se debe hacer examinar parte de la muestra original de heces de cualquier caso probable que muera, se pierda del seguimiento o tenga parálisis residual a los 60 días, en otros dos laboratorios de la red de la OPS. Si todas las muestras fueron adecuadas y arrojaron resultados negativos, el caso no es de poliomiélitis y debe descartarse. Tal vez se necesite un comité de expertos para decidir respecto del resultado definitivo.

No se debe clasificar ningún caso como "descartado" a menos que ello pueda justificarse plenamente.



Planes Nacionales de Acción y sostenibilidad del PAI

En 1985, la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Club Rotario Internacional, el UNICEF, la USAID y, posteriormente, la Asociación Canadiense de Salud Pública unieron fuerzas con los gobiernos nacionales para formar el Comité de Coordinación Interinstitucional que lanzó la campaña de erradicación de la poliomiélitis en las Américas. Basaron su trabajo en un Plan Regional de Acción que exigió la creación de un Comité de esa clase en cada país. Cada Comité, a su vez, prepararía planes quinquenales de acción para las actividades nacionales del PAI y los recursos asignados a éstas.

Los Comités nacionales recién creados prepararon sus primeros Planes Nacionales de Acción para el quinquenio de 1987 a 1992. Esos planes sirven para coordinar el trabajo del Comité de Coordinación Interinstitucional, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones que apoyan al PAI. Los planes también facilitan la tarea que tienen los administradores nacionales del PAI de planear y presupuestar su uso de recursos con detalle, incluido el análisis de costo de las actividades por tipo (costos ordinarios y de capital) y fuente (nacional y externa).

El análisis de los datos de los Planes Nacionales de Acción permite pronosticar la sostenibilidad financiera del PAI de

cada país dentro de la infraestructura de servicios de salud más amplia. Por ejemplo, al comparar el presupuesto de los planes quinquenales de trabajo primero y segundo se puede proyectar qué parte del presupuesto provendrá de recursos nacionales y qué parte de recursos externos. En el gráfico 1 se presentan los costos totales del primer plan quinquenal (1987-91) de 19 países. El 79% de los US\$544,6 millones provendrá de fuentes nacionales y el 21% de fuentes externas.

Los datos notificados por 17 países para el segundo plan quinquenal (1992-96) indican que se ha presupuestado un total de \$774,9 millones, el 89% de los cuales provendrán de fuentes nacionales y el 11% de fuentes externas (véase el gráfico 2).

El presupuesto proyectado de \$774,9 millones representa un aumento del 43% en relación con el plan quinquenal anterior. Simultáneamente, se prevé que la proporción relativa asignada a fuentes nacionales aumentará un 60% mientras que la de fuentes externas mostrará una reducción general del 25%.

Un examen más detallado de los recursos externos comprometidos hasta la fecha por los países del Comité de Cooperación Interinstitucional revela que de los \$84,1 mi-

GRAFICO 1: FINANCIAMIENTO NACIONAL Y EXTERNO, PNA's DEL PAI, 1987-91 EN MILLONES DE US\$

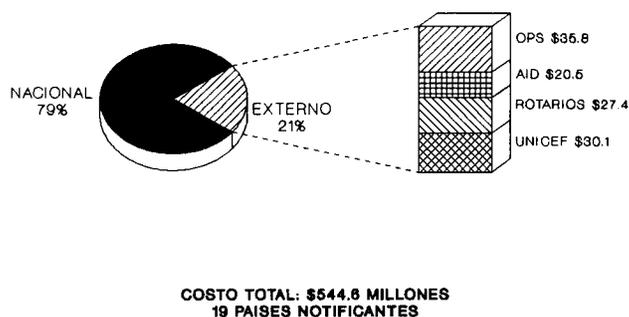


GRAFICO 2: FUENTES NACIONALES Y EXTERNAS, PLANES NACIONALES DE ACCION DEL PAI, 1992-96, EN MILLONES DE US\$

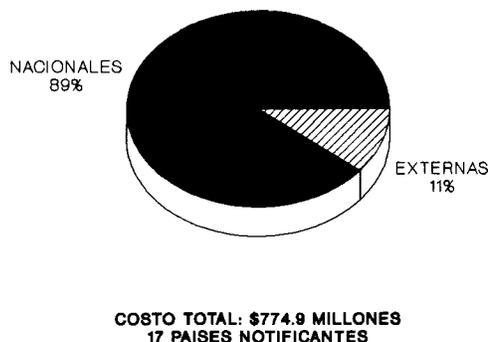
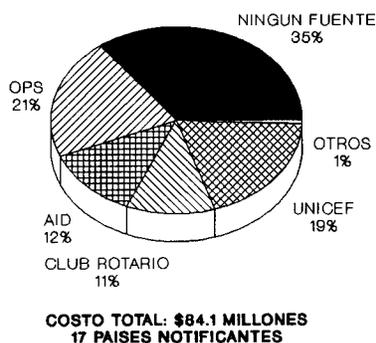


GRAFICO 3: SOLICITUD DE FONDOS EXTERNOS PLANES NACIONALES DE ACCION, 1992-96 EN MILLONES DE US\$



liones solicitados para el segundo plan quinquenal quedan \$29,69 millones cuya fuente no se ha identificado todavía (véase el gráfico 3). Si esa parte sigue sin fondos, la reducción real de las contribuciones de las fuentes externas en el período de 1992 a 1996 ascendería al 39% en comparación con la del de 1987 a 1991 y su efecto para el PAI nacional sería mayor.

Nota de la Redacción:

Los Planes Nacionales de Acción para 1992-96 muestran un gran aumento del grado de compromiso nacional con respecto al PAI que puede compensar la reducción de las contribuciones de fuentes externas. Eso promete sostenibilidad, especialmente al considerar que la mayor parte de los costos de la vacuna se sufraga ahora con fondos de los presupuestos nacionales.

La lista de organizaciones no gubernamentales y de otras fuentes externas que participan en los Planes Nacionales de Acción de 1992 es larga. Algunas de las que aparecen en más de un país incluyen el Programa de las Naciones Unidas para los Refugiados (PRODERE), el Proyecto HOPE, el Fondo Cristiano para la Infancia, la Comunidad Económica Europea, el Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional (SIDA) y los Gobiernos de Brasil, Francia, Italia y España. Sus contribuciones oscilaron entre una donación de siete millones de dosis de la vacuna antisarampionosa hecha por el Brasil a seis países centroamericanos hasta los miniproyectos realizados por el Fondo Cristiano para la Infancia en Colombia y México, en los que se señalaron actividades concretas del PAI apropiadas para determinados grupos de población. Con frecuencia, esas contribuciones se hicieron en especie, no en efectivo.

A medida que evolucione la naturaleza de la relación entre los programas nacionales y las fuentes externas de apoyo, cambiarán la estructura de los Comités de Coordinación Interinstitucional de cada país y el grado de compromiso indicado en los Planes Nacionales de Acción. El establecimiento de otros indicadores en dichos planes para determinar la sostenibilidad del PAI será fundamental para el continuo éxito del programa en el futuro.

Entre esos nuevos indicadores será importante señalar la proporción de fondos asignados a zonas de alto riesgo, es decir, con poca cobertura de inmunización y una mayor incidencia de enfermedad. La OPS trabaja actualmente en el establecimiento de una metodología para poner en práctica ese criterio. Ya se ensayó en la práctica en un país a comienzos del presente año y se ensayará en otro en los meses venideros. Se perfeccionará el uso de este indicador para utilizarlo ampliamente como forma de asegurar la igualdad de acceso a los servicios de inmunización.

También se pueden aclarar otros asuntos como los siguientes:

- ¿Qué consecuencias tienen las fluctuaciones del monto del financiamiento externo para los Planes Nacionales de Acción?
- ¿Hay señales de aumento del financiamiento nacional anualmente?
- ¿Hay indicaciones de una mejor administración para maximizar la coordinación y el efecto de los recursos limitados?
- ¿Se ha observado algún cambio de los indicadores de vigilancia (como cobertura o incidencia de enfermedad) función de los cambios en las contribuciones?

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1992 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1991, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1992	1991	1992	1991	No Neonatal		Neonatal		1992	1991	1992	1991
						1992	1991	1992	1991				
AMERICA LATINA													
Bolivia	31 dic.	3 610	2 012	0	0	...	1	42	53	20	2	188	56
Colombia	31 dic.	4 968	10 391	0	8	86	94	100	141	15	10	596	685
Ecuador	31 dic.	4 356	1 802	0	0	58	130	72	59	10	3	320	596
Perú	31 dic.	22 252	1 401	0	1	118	39	128	95	6	3	364	187
Venezuela	31 dic.	11 130	14 466	0	0	81	119	27	36	1	0	412	919
Cono Sur													
Argentina	31 dic.	20 551	42 093	0	0	41	56	7	18	4	2	2 166	2 325
Chile	31 dic.	412	2 080	0	0	15	11	3	0	7	21	234	58
Paraguay	31 dic.	864	471	0	0	38	88	17	38	5	1	372	112
Uruguay	31 dic.	187	2 040	0	0	4	5	0	0	0	0	43	47
Brasil	31 dic.	7 747	41 914	0	0	1 365	1 692	250	261	295	477	3 640	7 320
Centroamérica													
Belice	31 dic.	11	7	0	0	...	1	0	1	0	0	0	4
Costa Rica	31 dic.	...	6 340	0	0	...	1	...	0	...	0	...	19
El Salvador	31 dic.	509	751	0	0	30	57	25	14	0	0	33	92
Guatemala	31 dic.	93	209	0	0	...	0	8	7	0	1	147	149
Honduras	31 dic.	58	95	0	0	13	22	9	18	0	0	425	89
Nicaragua	31 dic.	2 498	2 867	0	0	21	23	9	11	0	0	346	96
Panamá	31 dic.	845	2 430	0	0	3	8	3	6	0	0	26	107
México	31 dic.	792	5 392	0	0	192	370	129	145	0	1	136	194
Caribe Latino													
Cuba	31 dic.	14	19	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0
Haití	31 dic.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	31 dic.	...	7 512	0	0	...	54	...	4	...	11	...	10
CARIBE INGLES													
Antigua y Barbuda	31 dic.	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0
Bahamas	31 dic.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0
Barbados	31 dic.	0	2	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Dominica	31 dic.	0	6	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Grenada	31 dic.	0	2	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Guyana	31 dic.	0	12	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Islas Caimán	31 dic.	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Islas Turcas y Caicos	31 dic.	0	8	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Islas Vírgenes (RU)	31 dic.	0	4	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Jamaica	31 dic.	0	308	0	0	...	15	...	0	...	1	...	20
Montserrat	31 dic.	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
San Cristóbal/Nieves	31 dic.	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
San Vicente y Granadinas	31 dic.	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Santa Lucía	31 dic.	0	2	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Suriname	31 dic.	0	10	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Trinidad y Tobago	31 dic.	0	118	0	0	8	10	0	0	0	1	4	4
NORTEAMERICA													
Bermuda	31 dic.	...	2	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Canadá	31 dic.	3 004	6 364	0	0	3	4	...	0	...	2	3 328	2 784
Estados Unidos	31 dic.	...	9 461	0	0	...	48	...	0	...	2	...	2 522

... No se dispone de datos.

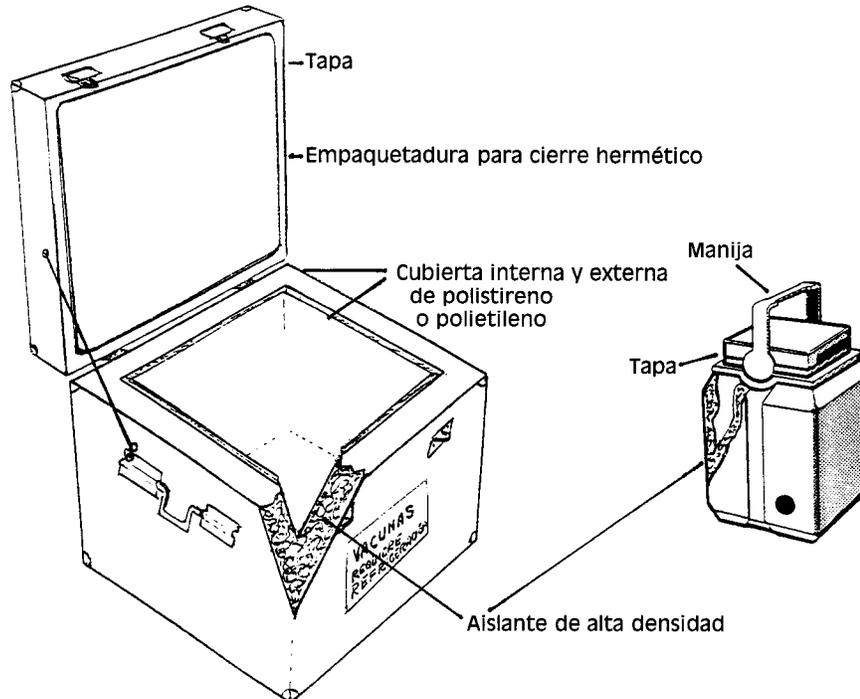
La "vida fría" de los recipientes térmicos

¿Conoce usted las propiedades y la "vida fría" de su recipiente térmico?

* La "vida fría" o la "duración del enfriamiento" es el tiempo durante el cual puede mantener un recipiente térmico la temperatura de 0 a 8°C necesaria para guardar debidamente las vacunas.

* La vida fría de un recipiente térmico puede variar de una hora a más de 100. Las variaciones se deben sobre todo al diseño, a la calidad de los materiales de fabricación y a la cantidad de hielo colocada en el recipiente junto con la vacuna.

Un recipiente térmico eficiente debe tener las siguientes propiedades:



- * Señale y clasifique el tipo de recipientes térmicos comunes en su zona de trabajo.
- * Pruebe y determine la "duración del enfriamiento" de cada recipiente para saber cuál es el uso más apropiado en un momento dado.
- * Use todos los paquetes fríos que vienen con cada recipiente.
- * Acuérdesse que cualquier recipiente térmico se puede adaptar para el transporte de vacunas.

Dibujo: Victor Gómez

El *Boletín Informativo del PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

Las referencias a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



Editor: Ciro de Quadros
Editora Adjunta: Ellen Wasserman

ISSN 0251-4729

Programa Ampliado de Inmunización
Programa Especial de Salud Maternoinfantil
y Población
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.