

# Boletín Informativo PAI

## Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXI, Número 2

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Abril 1999

### Colaboración entre la OPS y el Banco Mundial beneficia Bolivia

El gobierno de Bolivia, junto con la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial, ha preparado un proyecto para fortalecer su programa nacional de vacunación. Los objetivos de esta colaboración son aumentar la cobertura con las vacunas del programa nacional de inmunización en todo el país e introducir vacunas nuevas y otras vacunas importantes para la salud pública en el plan de vacunación de rutina. Esta colaboración se llevará a cabo en el marco de una iniciativa nueva del Banco Mundial que procura ampliar el enfoque de las alianzas y la dirección del proceso de desarrollo.

La alianza entre la OPS y el Banco Mundial en el campo de la vacunación forma parte de un proyecto de reformas del sector salud en Bolivia, que se realizará en un plazo de 10 años con un costo de US\$100 millones. El proyecto, que se llevará a cabo en tres fases de tres años cada una, mejorará la cobertura y la calidad de las redes de servicios, dará poder de decisión a las localidades para mejorar su situación sanitaria y fortalecerá la capacidad local para responder a las necesidades en el ámbito de la salud. El componente de vacunación, que se llevará a cabo en la primera fase, entre 1999 y 2002, se financiará con un préstamo del Banco Mundial (US\$ 6,5 millones) y donaciones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), el gobierno de Bélgica, el UNICEF y el Banco Interamericano de Desarrollo

(US\$4,5 millones). El gobierno de Bolivia contribuirá US\$ 9 millones al proyecto en el curso de tres años.



Fuente: OPS/D. Downie

Durante la primera fase, el proyecto de reformas del sector salud se concentrará en cinco departamentos donde vive el 81% de la población de Bolivia y donde se producen actualmente cuatro quintos de las muertes de niños. Durante esta fase se reestructurará el programa de vacunación del país y se introducirán vacunas nuevas.

La alianza entre la OPS y el Banco Mundial abordará también temas más generales relacionados con la introducción sostenible de vacunas teniendo en cuenta la situación de Bolivia y facilitará el establecimiento de los mecanismos institucionales y financieros necesarios para poner en marcha un programa nacional de vacunación eficaz y equitativo que aproveche las ventajas comparativas de las entidades colaboradoras.

#### Programa nacional de vacunación de Bolivia

Un componente decisivo de la estrategia del gobierno de Bolivia para el sector salud es la reducción de la mortalidad materno-infantil. La situación sanitaria

deficiente del país se debe en parte a la debilidad de los servicios básicos clave. Aunque se han construido numerosos centros de salud, cuyo número aumentó el 50% en los años noventa, incluso en zonas rurales aisladas, persisten importantes problemas con el suministro de servicios de salud pública.

#### En este número:

Colaboración entre la OPS y el Banco Mundial beneficia Bolivia .....	1
La vigilancia es clave para erradicar el sarampión .....	3
Introducción de la vacuna Hib: lecciones aprendidas. ....	4
La OPS publica la Guía práctica para la erradicación del sarampión .....	6

Vigilancia de la poliomielitis, 1999* .....	6
Casos notificados de ciertas enfermedades .....	7
OPS crea la División de Vacunas e Inmunización .....	8

Desde 1996, la cobertura de vacunación ha venido bajando en Bolivia debido a la debilidad institucional en la entrega de servicios de salud. La información sobre la cobertura de vacunación no es confiable. Los fondos asignados a nivel nacional a programas de vacunación presentaron altibajos en los últimos años, y hay una marcada tendencia a depender de contribuciones de donantes para el financiamiento de actividades nacionales de vacunación. Una evaluación del programa nacional de vacunación del país realizada por la OPS en octubre de 1998 revela también el impacto de la descentralización en los programas de vacunación a medida que se van implantando nuevos sistemas financieros y administrativos descentralizados para la administración de programas de salud. Esta transición ha ocasionado demoras, especialmente en la asignación de recursos.

En 1995 se aprobó la Ley de descentralización administrativa, y en 1996, la Ley de participación popular. Ambas leyes transfieren la toma de decisiones y recursos a niveles locales. Sin embargo, en la práctica ha reinado la confusión con respecto a las funciones de las distintas instituciones encargadas de los servicios de salud y no hay mecanismos claros para transferir y administrar estos recursos financieros. Eso ha dejado a los programas de vacunación sin suficiente apoyo para llevar a cabo actividades de rutina y responder rápidamente a situaciones de emergencia. En consecuencia, la cobertura de vacunación ha disminuido en Bolivia, así como la capacidad para responder a brotes. Eso resultó evidente durante los brotes recientes de sarampión y fiebre amarilla, que encontraron al país sin suficientes vacunas para responder rápidamente a esta situación.

Durante los últimos 10 años, Bolivia ha notificado más de 400 casos de fiebre amarilla, que representan el 30% de todos los casos notificados en la Región de las Américas (véase el número del *Boletín Informativo PAI* de febrero de 1999). La cobertura acumulativa de vacunación de la totalidad de la población en esos años fue de sólo el 35%. La estrategia de vacunación del país para combatir esta enfermedad ha consistido principalmente en la vacunación masiva de todos los habitantes de zonas afectadas tras los brotes. La introducción de la vacuna en el plan de vacunación infantil de rutina en zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica surtiría un efecto importante en la disminución de los casos de fiebre amarilla. Se debería iniciar un programa integral de control de vectores en los países a fin de mantener baja la densidad de *Aedes aegypti* en las zonas urbanas.

Bolivia se ha rezagado con la introducción de algunas vacunas nuevas que ya se han difundido en la Región de las Américas y que podrían reducir considerablemente la mortalidad infantil. Por ejemplo, se calcula que la introducción de la vacuna contra enfermedades invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b conduce a una disminución

del 2 al 3% en la mortalidad infantil durante el segundo año de uso de la vacuna debido a su efecto en las meningitis y las enfermedades respiratorias. La vacunación contra la hepatitis B también podría surtir un efecto rápido e importante en zonas donde esta enfermedad es endémica.

## La colaboración de la OPS para un plan de vacunación a mediano plazo

Como parte de la preparación del proyecto, el gobierno de Bolivia y la OPS, con el apoyo de la Asociación Internacional de Fomento (AIF), del grupo del Banco Mundial, ha preparado un plan quinquenal de vacunación que responde a los problemas señalados con tres líneas de acción:

**1. Fortalecimiento institucional del Programa Nacional de Inmunización a fin de mejorar la adopción y ejecución de políticas en materia de vacunación.** A partir de 1999, el Ministerio de Hacienda de Bolivia se compromete a aumentar considerablemente su apoyo a la vacunación y a crear una partida presupuestaria específicamente para los gastos recurrentes de vacunas y jeringas. Durante los próximos tres años, el proyecto apoyará el establecimiento de líneas de notificación periódica directa entre el programa de inmunización y el Ministro de Salud. Se formará un comité nacional de prácticas de vacunación, en el cual participarán

las asociaciones científicas del país. Se fortalecerá el equipo de inmunización a nivel central con dos profesionales que se sumarán al actual y asistencia técnica a corto plazo cuando se necesite. Se asignará a cinco epidemiólogos a departamentos decisivos y se proporcionará capacitación y supervisión en todos los niveles. Se establecerán procedimientos nuevos para la administración y las adquisiciones. Con la inclusión de metas de vacunación en acuerdos basados en resultados, se fortalecerán

las líneas de comunicación entre el centro y los departamentos y se asignarán funciones específicas para reforzar la rendición de cuentas. Se establecerán sistemas de comunicación social, entre ellos la detección de problemas de comunicación con grupos indígenas. Se establecerán normas básicas y métodos para evitar los riesgos de las inyecciones mediante el manejo y la eliminación apropiados de jeringas y agujas.

**2. Fortalecimiento de los servicios de salud para ampliar la cobertura e introducir vacunas nuevas.** Como parte del apoyo general a los servicios de salud, se fortalecerá la capacidad técnica y administrativa local. Se establecerán sistemas para determinar qué municipalidades tienen una cobertura baja y responder a este problema. Asimismo, se ampliará el plan de vacunación de rutina del país a fin de incluir las vacunas contra *H. influenzae* tipo b (Hib) y contra la hepatitis B. En las zonas donde la fiebre amarilla es endémica se vacunará contra esta enfermedad. Se reemplazará la vacuna antisarampionosa con la vacuna combinada contra

**Cuadro 1**  
**Indicadores de impacto del componente de vacunación**  
**Proyecto de reformas del sector salud de Bolivia**

Indicadores	Cobertura			Nivel básico (previsto) (96-98)	Metas			
	1996	1997	1998 ***		1999	2000	2001	2002
Cobertura con 3 dosis de DPT*	73%	80%	71%	75%	82%	--	--	--
Cobertura con la vacuna pentavalente** (DPT-HB-Hib)						65%	75%	85%
Número de municipalidades con una cobertura con 3 dosis de DPT inferior al 80%	230	174	221	212	170			
Número de municipalidades con una cobertura con la vacuna pentavalente inferior al 80%						170	119	83
Financiamiento nacional del PAI (millones de dólares)			0.5	0.5	2.5	3	3.5	4

\* 1999, último año de vacunación con 3 dosis de DPT

\*\* Vacuna pentavalente se introducirá en el 2000 y reemplazará a la DPT

\*\*\* Datos preliminares/SNIS (Sistema Nacional de Información Sanitaria)

el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR). Además, se reemplazará la vacuna contra Hib, la vacuna contra difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) y la vacuna contra la hepatitis B con una nueva vacuna combinada (pentavalente) que contiene los cinco antígenos (véase el cuadro 1), reduciendo así el costo de su administración, el número de inyecciones y los desechos. Se renovará la cadena de frío, con la construcción o remodelación de un depósito nacional y cinco depósitos departamentales. En los casos en que sea necesario se renovará el equipo local y se ampliará la capacidad de almacenamiento a fin de dar cabida a las vacunas nuevas. Se establecerán métodos para el uso de jeringas sin riesgos, con la adquisición de jeringas autodestructibles y cajas de seguridad para desechar jeringas y agujas.

**Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia.** Se hará un estudio detenido de la debilidad del sistema de información actual, se implantará un sistema más exacto para llevar un registro de la cobertura y se utilizará en

la práctica la información epidemiológica disponible. Estas medidas se coordinarán con otros proyectos y subcomponentes del sistema de vigilancia y con el Seguro Básico de Salud, que puede mejorar los incentivos para el establecimiento de sistemas de información más confiables.

### Monitoreo y evaluación

Para monitorear la ejecución del proyecto del Banco Mundial se usarán ocho indicadores. En vista de la importancia de la vacunación, tanto directa como indirecta (como indicador de la eficacia global de los servicios de salud), tres de estos ocho indicadores están relacionados con la vacunación: 1) cobertura con tres dosis de DPT en 1999 y con tres dosis de la vacuna pentavalente para el año 2000; 2) número de municipalidades con una cobertura con tres dosis de DPT inferior al 80% en 1999 y número de municipalidades con cobertura con tres dosis de vacuna pentavalente inferior al 80% desde el año 2000; 3) financiamiento nacional del programa de inmunización (véase el cuadro 1).

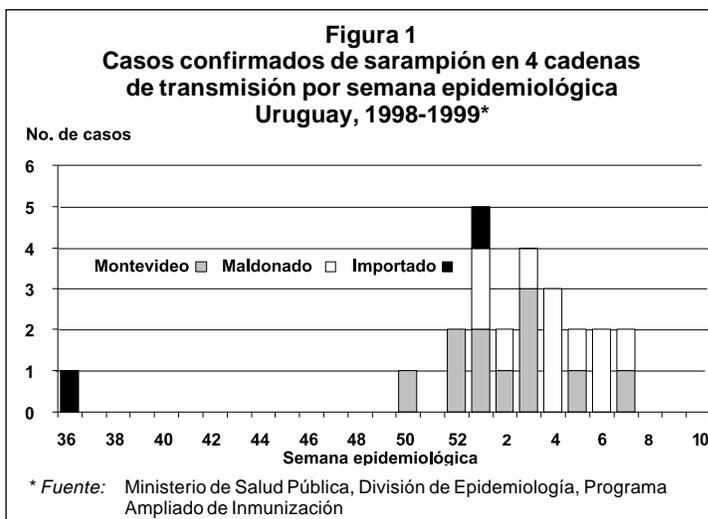
## La vigilancia es clave para erradicar el sarampión

La meta de la estrategia de vacunación recomendada por la OPS para erradicar el sarampión consiste en mantener el número de personas susceptibles lo más bajo posible. Una vez que los países hayan concluido sus campañas de vacunación masiva de *puesta al día* y avancen hacia la erradicación del sarampión, los otros dos elementos de la estrategia (la vacunación de *mantenimiento* y la vacunación de *seguimiento*) serán sumamente importantes para mantener el número de personas susceptibles lo más bajo posible. *Para que estas actividades de vacunación resulten eficaces es imprescindible alcanzar una cobertura de vacunación superior al 95% en cada distrito de cada país.*

A medida que los países vayan alcanzando estos hitos, la cantidad de casos de sarampión disminuirá drásticamente. En esa etapa, la notificación oportuna y la investigación rápida de cada caso sospechoso de sarampión es fundamental para detectar la circulación del virus del sarampión en una zona. La investigación rápida de cada caso sospechoso de sarampión permitirá al personal de salud determinar la fuente de la infección, así como la cadena o las cadenas de transmisión si se produce más de un caso en una zona determinada. Es necesario averiguar la fuente de la infección para determinar si el caso se debe a una importación o a la transmisión autóctona. Si se produce más de un caso sospechoso de sarampión en una zona determinada, es sumamente importante definir la cadena o las cadenas de transmisión porque de esta forma se puede llegar hasta la fuente de la transmisión continua del sarampión,

tomar medidas correctivas e iniciar los cambios necesarios para evitar que el programa fracase.

La figura 1 presenta un brote de sarampión detectado hace poco en Uruguay. En la figura se observa que falta información epidemiológica para el período comprendido entre el primer caso de sarampión, que fue importado (semana 36, 1998), y la detección subsiguiente de más casos a partir de la semana 50. En 1997, Uruguay notificó solamente un caso confirmado de sarampión debido a una importación. Durante la semana 1 de 1999 se detectó otro caso importado, además de los otros casos correspondientes al mismo período. Como la vigilancia no era óptima, no se sabe por qué continuó transmitiéndose el virus. Por lo tanto, no se conoce la fuente de los casos que se produjeron al comienzo de la semana 50. Sin embargo, cuando se produjo el segundo caso importado, que fue hospitalizado, se intensificó la vigilancia del sarampión y el equipo a cargo de esta tarea detectó 23 casos que formaban cuatro cadenas de transmisión (véase la figura 2). Se determinó que, en tres de las cuatro cadenas, un trabajador de salud había transmitido el sarampión o se había contagiado la infección.



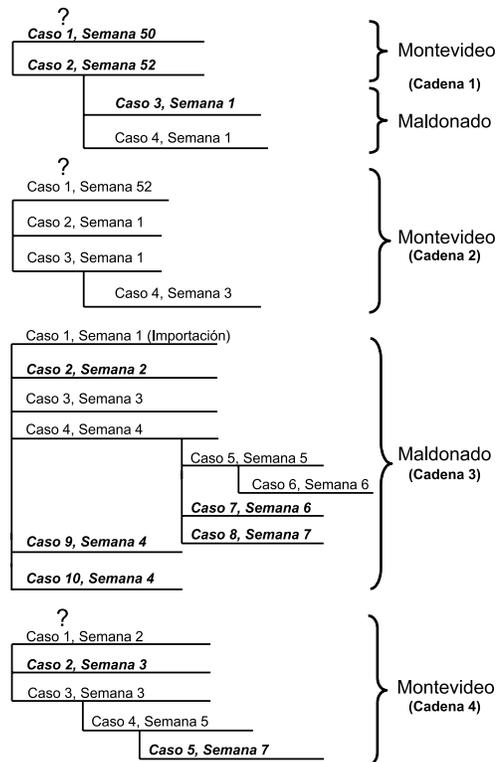
Solamente en 11 casos (que no aparecen en la figura 1) no se encontró un vínculo con una cadena de transmisión. Sin embargo, al investigarlos se comprobó que habían viajado a zonas infectadas (principalmente en autobús) o trabajaban en negocios para turistas y habían estado en contacto con turistas provenientes de países vecinos con casos confirmados de sarampión. El inicio de

estos 11 casos se sitúa entre las semanas 1 a 7 de 1999. Además, de los 35 casos, solamente cinco correspondieron a niños de 0 a 5 años de edad. No se produjo ningún caso en el grupo de 6 a 20 años. Esto demuestra que las campañas *de puesta al día y de seguimiento* del Ministerio fueron efectivas.

De la figura 1 se desprende que el brote de sarampión duró poco. Eso se debe a que Uruguay ha mantenido el grupo de susceptibles en el nivel más bajo posible, con una cobertura de vacunación de más del 95% en todas las fases de la estrategia para erradicar el sarampión (*puesta al día con la vacunación, vacunación de mantenimiento y vacunación de seguimiento*). En Uruguay se alcanzó una cobertura del 95% en la última campaña de vacunación de *seguimiento*, que se realizó en noviembre de 1998, y en el programa de vacunación de rutina (vacunación de *mantenimiento*). A fin de controlar el brote, el Ministerio de Salud puso en práctica las siguientes medidas de la OPS: 1) fortalecimiento de la vigilancia en todo el país, alertando a las autoridades de salud departamentales; 2) vacunación contra el sarampión de todos los niños de 6 a 11 meses, con una dosis de refuerzo a los 15 meses en todo el país; 3) llamamiento a la vacunación de todos los menores de 14 años que no hubieran sido vacunados durante la última campaña masiva; 4) vacunación de los trabajadores de pasos de frontera en todo el país; 5) vacunación de personal de salud de instituciones públicas y privadas de los departamentos de Montevideo y Maldonado.

De lo que antecede se puede deducir que, si se aplica plenamente la estrategia de la OPS, combinada con la investigación intensiva de casos sospechosos de sarampión, se podrá seguir la pista de la transmisión del sarampión hasta que el virus no tenga dónde esconderse.

**Figura 2**  
**Cadena de transmisión del sarampión en dos departamentos en Uruguay, diciembre 1998 - febrero 1999**



**Total casos en 4 cadenas = 23 (66%) Total casos en brote, N = 35**  
**ITALICO = Trabajador de Salud, N = 10 (29%)**

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Uruguay, División de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Programa Nacional de Inmunización.

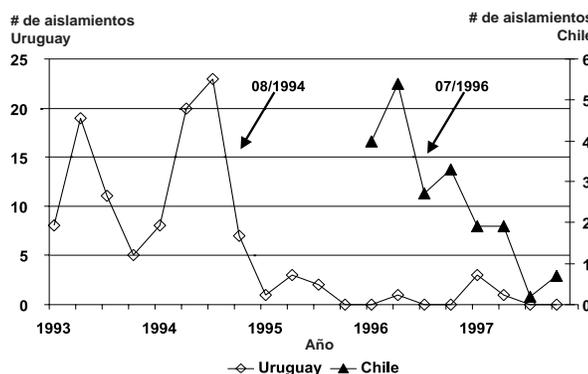
## Introducción de la vacuna Hib: lecciones aprendidas

Para diciembre de 1999, 81% de todos los recién nacidos de las Américas (75% en América Latina y el Caribe) habrán sido vacunados contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) como parte del plan de vacunación regular. Esta vacuna fue introducida en la Región con rapidez y buenos resultados, considerando que las primeras vacunas conjugadas contra este agente patógeno fueron autorizadas en Estados Unidos, Canadá y Europa en 1991.

En 1994 Uruguay decidió incluir la vacuna contra Hib en su programa de vacunación regular. Esta decisión se basó en la información sobre enfermedades meningíticas proporcionada por el sistema de vigilancia de la meningitis establecido años antes en el país, así como en la necesidad de responder de inmediato a la preocupación creciente que estaba despertando esta enfermedad en padres y médicos. En circunstancias casi

similares, Chile introdujo la vacuna contra Hib en 1996. Fue una medida fácil puesto que ya se habían realizado varios ensayos clínicos de esta vacuna en el país y las autoridades sanitarias estaban al tanto de su inocuidad y eficacia tanto durante las investigaciones como en la práctica. En ambos países se emplearon estrategias diferentes, principalmente debido al costo creciente de la vacuna contra Hib en los programas de vacunación nacionales. En Uruguay se vacunó a todos los niños menores de 4 años, con tres dosis para los menores de 6 meses, dos para los niños de 7 meses a 1 año y una para los mayores de 1 año. También se administró una dosis de refuerzo a los niños después del primer cumpleaños. En Chile se vacunó a los niños a los 2, 4 y 6 meses de edad, sin dosis de refuerzo. El impacto de la vacunación contra Hib se puede ver en la Figura 1.

**Figura 1**  
**Impacto de la vacunación contra Hib en Uruguay y Chile hasta septiembre de 1997**



A fines de 1996, la OPS asumió un papel de líder en la promoción de la vigilancia de Hib en la Región, así como en la evaluación de su posible introducción en programas de vacunación de rutina. Esta decisión fue respaldada por los resultados de estudios clínicos de la vacuna contra Hib en Gambia, que indican que el agente patógeno puede ser la causa de hasta el 20% de los casos de neumonía confirmados radiológicamente. Se distribuyó información sobre la vacuna y la enfermedad por medio del personal de la OPS en el terreno, artículos publicados en el *Boletín Informativo PAI* y ponencias en reuniones regionales y subregionales. En todas estas reuniones subregionales, los países que estaban introduciendo la vacuna contra Hib o considerando la posibilidad de hacerlo presentaron su experiencia. Estos intercambios se convirtieron en un foro importante para estimular la introducción de esta vacuna en el plan de vacunación de rutina de varios países. Al mismo tiempo, el establecimiento de una red de vigilancia epidemiológica de las enfermedades neumocócicas invasivas en los menores de 5 años en seis países de la Región también tuvo un efecto positivo en la vigilancia de Hib.

En 1997, el Consejo Directivo de la OPS instó a los Estados Miembros a que fortalecieran la vigilancia en preparación para la introducción de vacunas nuevas (como Hib, hepatitis B y SPR), determinaran con exactitud la carga de morbilidad o el impacto de la vacuna y formularan estrategias de vacunación apropiadas. Asimismo, en la reunión realizada ese mismo año por el Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación se recomendó el uso de la vacuna contra Hib en los programas de vacunación de rutina, el establecimiento de sistemas de vigilancia bien estructurados para dar seguimiento a las enfermedades causadas por Hib y determinar el impacto de la vacunación, el uso del Fondo Rotatorio de la OPS para la adquisición conjunta de vacunas y la realización de una evaluación cuidadosa de otras estrategias de vacunación, tales como reducción de la dosis o del número de dosis.

Para 1998, más países habían integrado la vacuna contra Hib en el programa de vacunación: Argentina, Colombia, Costa Rica, Islas Caimán, Antillas Neerlandesas, Islas Vírgenes Británicas, Bermudas, Bahamas, Antigua y Barbuda, Anguila, Guadalupe y Martinica. El Instituto de Seguridad Social de México estaba vacunando a los niños y en Perú se usó una estrategia especial de vacunación dirigida a los sectores socioeconómicos más bajos de la población.

### Mejora de la vigilancia

Desde la reunión del GTA en 1997, la OPS ha tomado medidas importantes para fortalecer el sistema de vigilancia de *S. pneumoniae* establecido con apoyo técnico (de

epidemiología y laboratorio) y financiero del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional. En una reunión celebrada en Nicaragua en febrero de 1998, con la participación de epidemiólogos y personal de laboratorios de América Central, se estableció un protocolo genérico para la vigilancia de la neumonía bacteriana y la meningitis. La meta de este sistema de vigilancia es establecer una red de hospitales centinela en la Región que inicialmente se ocupen de dar seguimiento a las enfermedades causadas por *H. influenzae* y *S. pneumoniae* y, posteriormente, por *N. meningitidis*. Con el propósito de normalizar los procedimientos microbiológicos de los laboratorios de salud pública se ofreció un ciclo de talleres de capacitación, basado principalmente en el concepto de formación de educadores. Se estableció un sistema de control de calidad para asegurar la uniformidad y la calidad de los resultados de las pruebas de laboratorio. La capacitación fue llevada a cabo con el Centro Nacional de Streptococcus (Alberta, Canada).

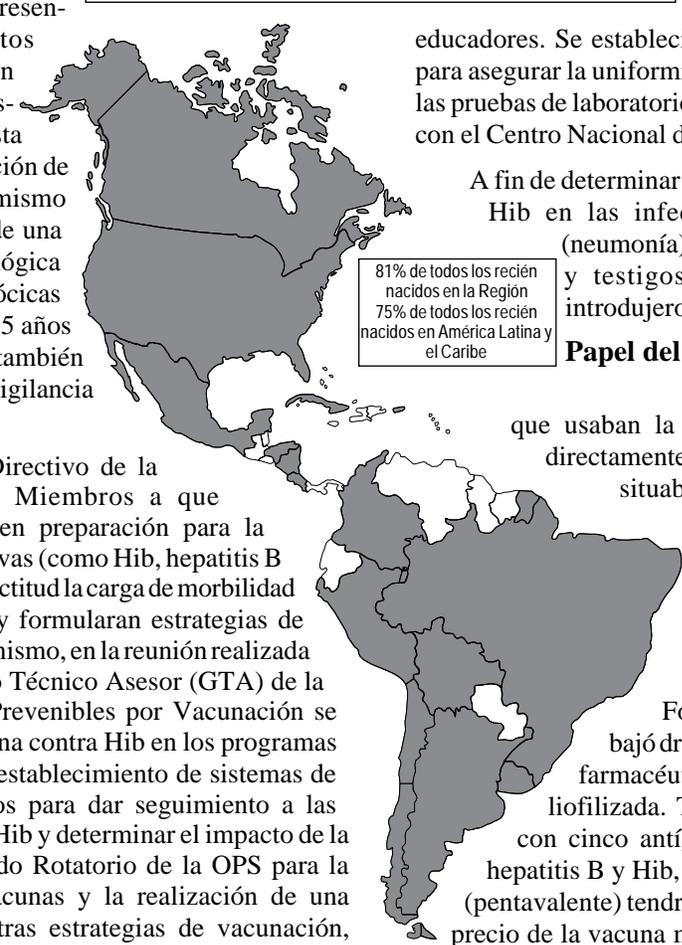
A fin de determinar el posible efecto de la vacuna contra Hib en las infecciones de las vías respiratorias (neumonía), se implementarán estudios de casos y testigos en algunos de los países que introdujeron la vacuna contra Hib hace poco.

### Papel del Fondo Rotatorio de la OPS

Hasta 1998, la mayoría de los países que usaban la vacuna contra Hib la compraban directamente de los fabricantes, a precios que se situaban entre US\$4,50 y US\$8,50. Se compraban pocas dosis por medio del Fondo Rotatorio, y su precio era similar al que los países pagaban directamente a los fabricantes. Sin embargo, con el aumento en la adquisición de dosis por medio del Fondo Rotatorio de la OPS, el precio bajó drásticamente, a US\$2,18 para la forma farmacéutica líquida y US\$2,60 para la forma liofilizada. También se dispone de una vacuna con cinco antígenos: tétanos, difteria, tos ferina, hepatitis B y Hib, a US\$3,50. Esta vacuna combinada (pentavalente) tendrá también un efecto importante en el precio de la vacuna monovalente contra Hib y la vacuna combinada DTP-Hib, que se volverá más competitivo. Asimismo, la administración simultánea de cinco antígenos en una inyección reducirá los costos de vacunación y facilitará el cumplimiento de los planes de vacunación y la extensión de la cobertura.

La experiencia con la introducción de Hib debería servir como una pauta para la introducción de otras vacunas, como las vacunas antineumocócicas conjugadas, las vacunas contra rotavirus y otras de importancia para la salud pública en la Región. Los países deben comenzar a recopilar datos epidemiológicos, fortalecer los sistemas de vigilancias de estas enfermedades inmunoprevenibles e informar sobre estas enfermedades y la carga que representan.

**Figura 2**  
**Utilización de Hib en las Américas, 1999**

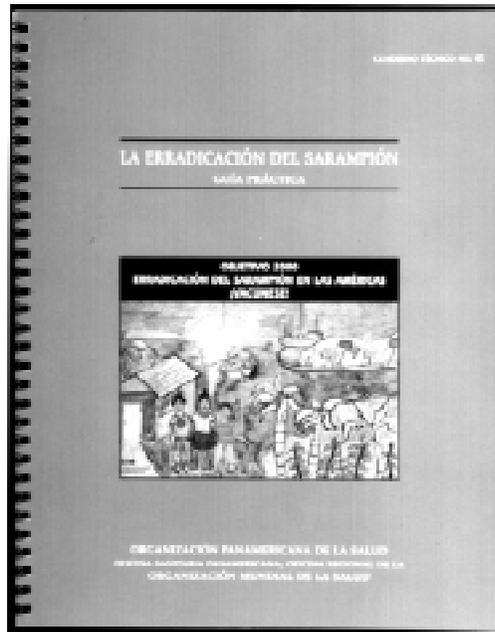


# La OPS publica la Guía práctica para la erradicación del sarampión

La Organización Panamericana de la Salud anuncia la publicación de la *Guía práctica para la erradicación del sarampión*. Esta Guía, disponible en inglés y en español, contiene información sobre todos los aspectos de la enfermedad, entre ellos la epidemiología del sarampión, aspectos clínicos, vacunas contra el sarampión, la estrategia de vacunación para erradicar el sarampión, la vigilancia y el diagnóstico en laboratorio.

En la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en 1994, los Países Miembros adoptaron la meta de la erradicación del sarampión para el año 2000. En 1995, en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, los ministros de salud de las Américas aprobaron por unanimidad el plan de acción para erradicar el sarampión preparado por la Organización.

La *Guía práctica para la erradicación del sarampión*, dirigida a las autoridades sanitarias, médicos y personal de salud dedicados a la erradicación del sarampión a nivel nacional, estatal y local, es un manual detallado para organizar y llevar a cabo actividades orientadas a la erradicación del sarampión. Esta guía incorpora la experiencia adquirida por los países de las Américas en los últimos siete años, pero puede ser utilizada por cualquier país



que esté tratando de controlar o de erradicar el sarampión. Pone de relieve las estrategias apropiadas de vacunación y vigilancia que se necesitan para erradicar el sarampión y dar seguimiento continuamente al progreso hacia la consecución de esta meta. Algunas de las medidas descritas tal vez deban adaptarse a la situación local.

La OPS reconoce la labor sobresaliente del personal de salud de las Américas que trabaja en la erradicación del sarampión. Al hacer frente al desafío formidable de la erradicación de uno de los agentes infecciosos más letales que ha conocido la humanidad, estas personas han perseverado y han continuado aprendiendo de su experiencia. Cabe esperar que las enseñanzas de la experiencia de las Américas con la erradicación del sarampión se apliquen de forma adaptada en todos los países y regiones del mundo a fin de alcanzar la meta final de la erradicación mundial del sarampión.

*Para pedir un ejemplar de la Guía práctica para la erradicación del sarampión (Documento técnico N° 41), diríjase a la Representación en su país,*

*la Oficina de Publicaciones de la OPS, o la División de Vacunas e Inmunización, 525 23<sup>rd</sup> Street, N.W., Washington, DC 20037, o envíe un mensaje por correo electrónico a HVP/HQ@PAHO.ORG.*

## Vigilancia de la poliomielitis, 1999\*

En la semana epidemiológica N° 9 (6 de marzo), la proporción de países que cumplían los indicadores principales para la certificación de la erradicación de la poliomielitis era menor que en la misma semana epidemiológica de 1998. Solamente un país cumplió todos los indicadores ambos años, y ocho cumplieron tres indicadores en 1998, en comparación con cuatro en 1999.

En 1999, tres países (Ecuador, Chile y Colombia) cumplen con el indicador relativo a la tasa de 1 caso de parálisis flácida aguda por 100.000 menores de 15 años (ajustada a fin de año). En estos países vive solamente el 12% de todos los menores de 15 años de América Latina y el Caribe. Hasta la semana epidemiológica N° 9, 13 países habían notificado 125 casos de PFA, en comparación con 277 casos notificados por 19 países en 1998.

En vista de que este indicador mide la sensibilidad del sistema de vigilancia para detectar la circulación de poliovirus, se puede concluir que el 88% de la población de América Latina y el Caribe vive actualmente en países con sistemas de vigilancia de baja sensibilidad, **de modo que no se podrá detectar con prontitud la circulación del virus si se produce una importación.**

Un año antes que se erradique la poliomielitis de todo el mundo, los países de las Américas deberán reactivar la vigilancia de la PFA a fin de prevenir la reintroducción de la enfermedad en la Región.

**Indicadores de vigilancia de PFA, 1999\***

País	80% de las unidades presentan informes semanalmente	80% de los casos se investigan dentro de las 48 horas	Se obtiene 1 muestra adecuada de heces de 80% de los casos	Tasa de PFA $\geq$ 1:100,000 menores de 15 años
Ecuador				
Chile				
Honduras				
Nicaragua				
Panamá				
Brasil				
CAREC				
Colombia				
El Salvador				
Perú				
Bolivia				
República Dominicana				
Haití				
Venezuela				
Argentina				
Costa Rica				
Cuba				
Guatemala				
México				
Paraguay				
Uruguay				

\* Datos al 6 marzo de 1999  
Fuente: HVP/OPS (PESS)

# Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 1998 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1997 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1998			Confir- mados 1997	1998	1997	No Neonatal		Neonatal		1998	1997	1998	1997
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1998	1997	1998	1997				
Anguilla	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Antigua & Barbuda	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Argentina	13-Mar	7.397	...	7.397	125	0	0	9	24	0	4	1	0	29	638
Bahamas	13-Mar	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Belize	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	2	...	1	...	0	...	0
Bermuda	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	3
Bolivia	13-Mar	986	0	986	7	0	0	6	18	9	14	8	3	44	138
Brasil	13-Mar	1.458	677	2.135	52.284	0	0	...	58	...	74	...	32	...	101
Islas Virgenes Británicas	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Canadá	13-Mar	12	0	12	579	0	0	...	3	...	...	...	1	772	3.688
Islas Caimán	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	1
Chile	13-Mar	4	0	4	58	0	0	5	4	1	0	0	0	561	825
Colombia	13-Mar	5	23	28	67	0	0	12	21	21	24	2	3	311	425
Costa Rica	13-Mar	0	2	2	26	0	0	1	3	0	0	...	0	29	30
Cuba	13-Mar	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
Dominica	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
República Dominicana	13-Mar	10	0	10	1	0	0	12	27	0	0	25	25	20	2
Ecuador	13-Mar	0	0	0	0	0	0	40	68	24	25	21	21	243	235
El Salvador	13-Mar	0	0	0	0	0	0	12	4	0	2	0	0	4	2
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Guadeloupe	13-Mar	2	0	2	116	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	13-Mar	0	1	1	8	0	0	...	...	6	8	0	1	432	567
Guyana	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Haití	13-Mar	0	3	3	0	0	0	...	0	50	33	0	0	...	0
Honduras	13-Mar	0	0	0	5	0	0	18	11	6	1	0	0	59	191
Jamaica	13-Mar	1	0	1	0	0	0	3	6	0	0	0	0	0	4
Martinique	...	...	...	...	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	13-Mar	0	0	0	0	0	0	148	169	25	44	0	0	188	593
Montserrat	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	13-Mar	0	0	0	0	0	0	10	14	0	1	0	0	6	84
Panamá	13-Mar	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	226	109
Paraguay	13-Mar	70	0	70	143	0	0	9	28	8	15	0	0	10	27
Perú	13-Mar	3	7	10	95	0	0	88	63	14	36	2	2	2.490	989
Puerto Rico	13-Mar	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Cristóbal/Nieves	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Lucía	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Suriname	13-Mar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	13-Mar	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Turcas y Caicos	13-Mar	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Estados Unidos	13-Mar	89	—	89	138	0	0	34	41	...	...	1	5	5.799	5411
Uruguay	13-Mar	2	0	2	2	0	0	2	1	0	0	0	0	1	12
Venezuela	13-Mar	0	4	4	27	0	0	46	65	7	7	0	0	609	973
<b>TOTAL</b>		<b>10.039</b>	<b>717</b>	<b>10.756</b>	<b>53.683</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>463</b>	<b>635</b>	<b>171</b>	<b>290</b>	<b>60</b>	<b>94</b>	<b>11.833</b>	<b>15.049</b>

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

\* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

# OPS crea la División de Vacunas e Inmunización

El 1 de marzo de 1999 se creó en la Organización Panamericana de la Salud la División de Vacunas e Inmunización (HVP). La nueva división, que antes era el Programa Especial de Vacunas e Inmunización, procurará mejorar los criterios para la adopción de políticas en materia de programas de vacunación y promoverá el desarrollo y la producción de vacunas de buena calidad en la Región.

La División apoyará a los Estados Miembros en sus esfuerzos para ofrecer programas de vacunación equitativos en las Américas, y cuando sea recomendable, en la introducción sostenible de vacunas adicionales en los programas de vacunación de rutina.

En la cooperación técnica de HVP se pondrán de relieve dos líneas de acción:

## Programa Ampliado de Inmunización (HVI)

- Fortalecer y apoyar los sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles con sistemas de servicios de laboratorio adecuados, mediante la ampliación de la red regional de laboratorios de diagnóstico y control de calidad
- Promover la aplicación de técnicas nuevas para mejorar la vigilancia regional de enfermedades y establecer redes electrónicas que permitan acelerar la notificación y confirmación de casos sospechosos
- Ampliar y mejorar las actividades de vacunación que realizan los sectores público y privado, incluidas las organizaciones no gubernamentales (ONG)
- Instalar y fortalecer laboratorios de salud pública y redes

de laboratorios nacionales, subregionales y regionales de diagnóstico

- Apoyar los sistemas de adquisición y abastecimiento de vacunas a fin de contener los costos y aumentar la disponibilidad de vacunas prioritarias

## Acceso a la tecnología de vacunas (HVA)

- Apoyar los mecanismos subregionales y regionales para armonizar la reglamentación de vacunas y promover la adopción de normas en materia de inocuidad de las vacunas
- Apoyar la formulación de políticas nacionales e institucionales en materia de investigaciones y tecnología sanitaria (vacunas) que permitan obtener los conocimientos y la tecnología (vacunas) necesarios para tomar medidas eficaces en el ámbito de la salud pública
- Determinar la carga de morbilidad e incluir de manera rentable vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b, contra el sarampión y la rubéola o contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en el plan de vacunación básico
- Fomentar las investigaciones y el desarrollo de vacunas en colaboración con laboratorios del sector público, a fin de que la producción local de vacunas sea viable desde el punto de vista económico y técnico y se ciña a las prácticas adecuadas de fabricación, así como a normas nacionales e internacionales
- Promover el consorcio de laboratorios públicos que producen vacunas a fin de que adopten prácticas adecuadas de fabricación, y continúen el proceso de certificación regional de productores de vacunas

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por la División de Vacunas e Inmunización (HVP) 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.

La referencia 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.



## Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana  
Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## División de Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.  
<http://www.paho.org/spanish/svi/svihome.htm>

Editor:                  Ciro de Quadros  
Editor Adjunto:      Mónica Brana

ISSN 0251-4729