

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXIII, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 2001

Presidentes de Honduras y Costa Rica intercambian experiencias en inmunización

La exitosa experiencia costarricense en su campaña masiva contra la rubéola y el sarampión fue un tópico de discusión durante la reunión reciente entre los Presidentes Carlos Flores de Honduras y Miguel Angel Rodríguez de Costa Rica, llevada a cabo en Tegucigalpa, Honduras, julio 3, 2001.

De acuerdo a reportajes del periódico *La Nación* de Costa Rica, el Presidente Flores solicitó consejo sobre la planificación de la campaña nacional: “Según el Presidente Flores, aparte de tratar temas relativos a la integración regional, el solicitó consejo en dos aspectos. Uno, sobre la campaña masiva contra la rubéola y el sarampión mediante la cual en Costa Rica se vacunó a 1.7 millones de personas con edades entre los 15 y los 39 años. Honduras quiere implementar un plan similar y el Presidente Rodríguez le ofreció su colaboración”.

La campaña

Durante el mes de mayo, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) pusieron en marcha la Jornada Nacional de Vacunación contra la rubéola y el sarampión dirigido a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad, independiente de su estado vacunal. La población objeto representó un 42% de la población total del país. La magnitud de esta iniciativa puso a prueba la red de

servicios. La campaña ha generado conocimientos y experiencia útiles de la ejecución de estrategias de vacunación contra la rubéola. Datos de la campaña reportan una cobertura a nivel nacional de un 98%.



Fuente: La Nación

Los Presidentes Carlos Flores de Honduras y Miguel Angel Rodríguez de Costa Rica, intercambian las lecciones aprendidas de la reciente campaña masiva de sarampión/ rubéola en Costa Rica.

Palabras del Presidente Rodríguez

En el Informe Final de la campaña masiva nacional emitido conjuntamente por el Ministerio de Salud y la CCSS, el Presidente Rodríguez alabó la dedicación de los trabajadores de salud durante la puesta en marcha de la campaña que duró un mes. “El éxito de la Jornada Nacional de Vacunación es el resultado del esfuerzo de los trabajadores de la salud, que durante el mes de mayo del 2001 movilizaron a casi la mitad de la población para ser vacunada. Hombres y mujeres, adolescentes y adultos de todos los sectores del país asumieron su responsabilidad al acudir al llamado de los servicios de salud y comprometerse con una noble acción de salud pública, que nos permitirá acabar con la sordera, la ceguera, las malformaciones y el retardo

mental en el recién nacido que provoca la rubéola cuando se presenta en una mujer embarazada”.

Fuente: *La Nación*, Sandra Irene Zumbado, Costa Rica. Ministerio de Salud y CCSS, Costa Rica.

En este número:

Presidentes de Honduras y Costa Rica intercambian experiencias en inmunización	1
Exitosa campaña antipoliomielítica en Haití	2
Aislamiento de poliovirus vacunal derivado en casos de PFA y muestreos ambientales	3
Alianza Bolivia, OPS y Banco Mundial para apoyar PAI de segunda	

generación	4
Compromisos de gestión: gestión por resultados	5
Vacunación de rubéola en mujeres en edad fértil en las Américas	6
Programas de inmunización en las Américas amplían actividades a otros grupos de edad	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Costa Rica aprueba Ley Nacional de Vacunas	8

Exitosa campaña antipoliomielítica en Haití

Antecedentes

El 28 de agosto de 2000, el Departamento del Noroeste de Haití notificó un caso de parálisis flácida aguda (PFA). El análisis de laboratorio de la muestra de heces confirmó que la víctima, un niño que no estaba vacunado, había sido infectado por un virus derivado de la vacuna Sabin-1; se trataba del primer caso reportado en la Región de las Américas. Desde entonces, se confirmaron en Haití otros cinco casos de poliomielitis paralítica, todos debidos a la circulación del virus derivado. La aparición de este brote en Haití obedece a varios años de baja cobertura de vacunación antipoliomielítica y a deficientes condiciones sanitarias, lo que creó un banco de individuos susceptibles en el cual pudo transmitirse el virus derivado.

Respuesta

Como parte de los intentos iniciales por controlar el brote se administraron vacunas en la zona circundante inmediata de los casos y en puestos fijos en todo el país. Sin embargo, debido a una planificación inadecuada, a problemas logísticos, y a las intensas lluvias que cayeron en distintas partes del país, las actividades de inmunización produjeron resultados subóptimos (cobertura < de 40%).

Por esa razón, en los meses de mayo a julio de 2001 se planificó y se llevó a cabo cuidadosamente una campaña domiciliaria en toda la nación de vacunación antipoliomielítica de todos los niños menores de 10 años. La campaña consistió en la administración de vacunas en las escuelas y casa por casa, centrando los esfuerzos en varios departamentos a la vez. Los resultados preliminares indican que para mediados de julio se habían aplicado más de 2,4 millones de dosis en una población objeto de aproximadamente 2,26 millones. El exceso de dosis puede atribuirse a: 1) la vacunación de los mismos niños en la escuela y en el hogar, 2) la inmunización de niños que no formaban parte del grupo etario escogido como meta y, 3) la subestimación del número de niños menores de 10 años en Haití.

Para validar los datos administrativos, se llevó a cabo, en casi todos los municipios del país, el monitoreo sistemático sobre el terreno de la cobertura de la vacuna antipoliomielítica. Se evaluaron las zonas rurales y urbanas en riesgo de baja cobertura debido a una supervisión deficiente o a dificultades de acceso por razones geográficas. Se estimó que la cobertura en toda la nación era de aproximadamente 90% (Figura 1). No obstante, este monitoreo tuvo por objeto identificar zonas para actividades de barrido, por lo que la cobertura total, después de vacunar estas zonas, será muy superior al 90%.

Mejoramiento de la vigilancia de PFA

La notificación sensible y oportuna de los casos de PFA se reconoció como una prioridad para controlar este brote.

Se iniciaron dos actividades para mejorar la vigilancia de la PFA: 1) se capacitó a todo el personal de vacunación para que busquen casos activos durante las visitas domiciliarias y 2) el Ministerio de Salud anunció una recompensa de US\$100 cuando se notificara un caso confirmado en laboratorio. Además, la OPS seguirá enviando consultores en epidemiología para reforzar las actividades de vigilancia del Ministerio de Salud.

Beneficios adicionales para el programa regular de inmunización

La campaña de vacunación antipoliomielítica mejora la infraestructura general, la vigilancia y la cooperación intersectorial e interinstitucional. Esto quedó documentado en el *Informe Taylor* (marzo de 1995), en el cual se evaluó el impacto del programa PAI y la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en los sistemas de salud de las Américas. En Haití, la campaña de vacunación dio lugar a un mejoramiento general en la capacidad de manejo de los profesionales de la salud a los niveles central, departamental y local. Dado que la campaña requiere una extensa planificación logística, ha sido una excelente capacitación para los técnicos que se ocupan de la cadena de frío, los supervisores y los gerentes del PAI en el manejo adecuado de las vacunas y el equipo. Como beneficio directo de la campaña, se está fortaleciendo la cadena de frío mediante una evaluación rápida del equipo, y la reparación de refrigeradores y equipo solar que no estaban en funcionamiento. Los trabajadores locales de atención de salud recibieron capacitación en la manera de realizar investigaciones completas sobre el terreno de casos sospechosos de sarampión y parálisis flácida aguda y se perfeccionó el sistema de notificación. Otro beneficio de la campaña es el monitoreo sobre el terreno para validar la cobertura informada. Más de 100 personas fueron capacitadas en esa metodología, que también se usa para validar la cobertura reportada de las vacunas en el programa regular de inmunización. Todas estas prácticas óptimas se aplicarán a otros programas de salud, como se ha hecho en otros países.

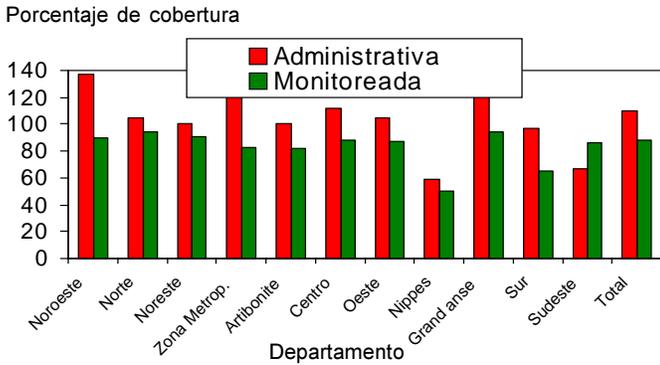
Actividades futuras

El Ministerio de Salud ha planificado una segunda campaña antipoliomielítica para el cuarto trimestre de 2001. Además de usar las mismas estrategias exitosas de la primera ronda, se incluiría la vacunación antisarampión en las visitas domiciliarias, pero aún no se ha determinado cuál será la población objeto. Si los resultados de la segunda ronda son similares a los obtenidos en la primera, se podrá marcar el fin de los casos de polio por virus vacunal derivado de la vacuna oral contra la poliomielitis.



Fuente: L. Venczel
Trabajador de salud lleva a cabo monitoreo de cobertura de vacunación antipoliomielítica casa a casa.

Figura 1
Cobertura administrativa y monitoreada de VOP, primera ronda, Haití, julio 2001



Fuente: Dr. Emile Harold Charles, M.D., Ministerio de Salud, Director General, Haití; Jean André, M.D., Fernando Laender, M.D., Héctor Izurieta, M.D., Salvador García M.D., James Dobbins, Ph.D., y Linda Venzel, Ph.D., OPS

Nota editorial: Los esfuerzos de las autoridades sanitarias de Haití y la admirable labor de su personal sanitario se convertirá en un ejemplo mundial de la determinación de un país para superar todos los obstáculos y evitar que continúe el brote de polio por virus vacunal derivado. Los resultados espectaculares de la primera ronda de la campaña antipoliomielítica en Haití fueron posibles gracias al compromiso inquebrantable del Ministro de Salud y del Director General de Haití, así como del personal del Ministerio de Salud y los Departamentos de Salud. El grupo de estudio especial integrado por miembros nacionales e internacionales contribuyó a la planificación y ejecución de las actividades de control del brote. Estos esfuerzos en Haití ofrecen un excelente ejemplo de la coordinación interinstitucional para brindar apoyo técnico y financiero. La figura 2 muestra que el Ministerio de Salud contribuyó el 20% del total de los costos de las actividades, con apoyo de varios socios que contribuyeron entre ellos el 80%.

Dignos de mención son también los esfuerzos de la República Dominicana para detener la circulación del virus derivado de la vacuna Sabin-1. El cuadro muestra los notables resultados de las tres rondas de vacunación que tuvieron lugar en diciembre de 2000 y febrero y mayo de este año.

Figura 2



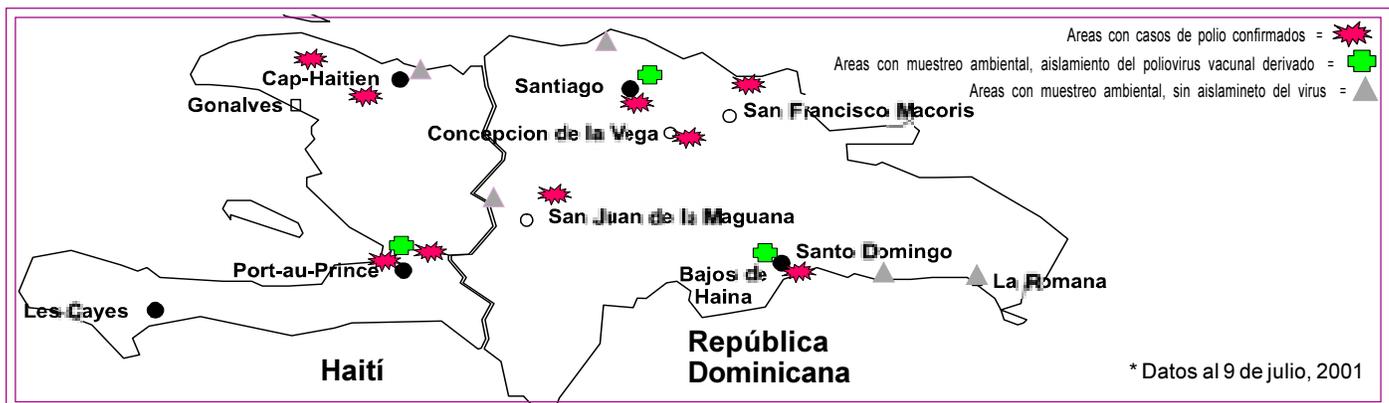
Cuadro 1
Vacunación antipoliomielítica, República Dominicana*

Ronda	Vacunados		
	< 1 año n = 225,815	1 - 4 año n = 912,332	TOTAL n = 1,138,147
Primera (diciembre de 2000)	304,616	829,649	1,134,265
Segunda (febrero de 2001)	244,534	907,999	1,152,533
Tercera (mayo de 2001)	254,213	881,502	1,135,715
Promedio de las tres rondas	267,788	873,050	1,140,838

Fuente: Ministerio de Salud, República Dominicana

* Estos resultados reflejan los problemas encontrados para calcular el denominador correcto. No obstante, reflejan una cobertura muy alta en ambos grupos etarios.

Aislamiento de poliovirus vacunal derivado en casos de PFA y muestreos ambientales



Nota de la Redacción: Como un complemento a la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda (PFA), se llevó a cabo un muestreo ambiental en La Española, a fin de determinar la presencia del virus vacunal derivado Sabin-tipo 1 en los alcantarillados, canales y letrinas públicas. Resultados preliminares de estos estudios constataron que existen tres áreas geográficas con aislamiento del virus vacunal derivado en muestras ambientales (Puerto Príncipe, Haití; Santo Domingo y Santiago en la República Dominicana). Casos confirmados de poliomiélitis parálítica causados por virus vacunal derivado también fueron confirmados en las mismas áreas.

Fuente: Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, Laboratorio de Virología, Estados Unidos y PESS/OPS.

Alianza Bolivia, OPS y Banco Mundial para apoyar PAI de segunda generación

Antecedentes

Concluyó con éxito la primera fase del proyecto de reforma del sector de la salud de Bolivia, que abarcaba los años 1999-2000. Entre las lecciones principales que se recogieron de la Fase I cabe citar: a) la alianza tuvo una fuerte repercusión en el programa nacional de inmunización al catalizar cambios de políticas y al aumentar la sostenibilidad financiera del programa; b) el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para prestar servicios es crucial para la elaboración y la puesta en práctica de programas de inmunización sostenibles; c) son importantes los indicadores que miden no solo la inmunización sino todos los aspectos de la reforma de la atención de salud (los indicadores de reformas sanitarias de equidad y sostenibilidad usados para el proyecto se basaron en datos de inmunización); d) las herramientas elaboradas con base en la experiencia boliviana han hecho grandes aportes a las operaciones del Fondo Mundial para las Vacunas de los Niños/Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI); y e) Bolivia introdujo metas de inmunización dentro de contratos basados en el desempeño celebrados con gobiernos locales para promover la competencia entre las zonas por obtener las tasas más altas de cobertura y para reducir el número de municipios con baja cobertura. Estos esfuerzos mejoraron la rendición de cuentas en relación con las actividades de inmunización en todos los niveles del sistema de salud.

La cobertura con tres dosis de vacuna triple o DPT (contra la difteria, la tos ferina y el tétanos) aumentó de 75% en 1996-1998 a 89% en 2000. La cobertura con combinación de vacunas (pentavalente), que incluye la DPT, la vacuna contra hepatitis B y la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B, alcanza actualmente al 75% de la población objeto. El número de municipios con baja cobertura descendió en dos tercios. Además, se triplicaron con creces las asignaciones para vacunas y otras aportaciones del Gobierno de Bolivia, pasando de US\$1,2 millones en 1999, a US\$ 3.06 millones en 2000.

FASE II (2002-2005): Cobertura nacional y financiamiento de nuevas vacunas

El 29 de marzo de 2001, el Gobierno de Bolivia y los miembros del Comité Coordinador Interinstitucional firmaron un memorando de entendimiento mediante el cual apoyaban el Programa Ampliado de Inmunización de Segunda Generación (PAI-II). El Comité reconoció los logros obtenidos durante la Fase I del proyecto e identificó las áreas que deberán fortalecerse durante la segunda fase. Se propuso que el programa nacional de inmunización siguiera las tres líneas de acción, centrándose en elementos cruciales que aseguren su sostenibilidad. A continuación se incluye un breve resumen.

1. *Fortalecimiento institucional del PAI para acelerar la adopción y ejecución de las políticas de inmunización.* Las actividades que se ubican en esta línea de acción asegurarán el financiamiento nacional de las vacunas y las jeringas con el aporte progresivo del Gobierno y la aprobación simultánea de una ley de vacunación; el

mantenimiento de equipos nacionales y regionales (inclusive comunicaciones y transporte); el desarrollo y la puesta en práctica de un sistema electrónico para los procesos administrativos a fin de asegurar la utilización apropiada de los recursos, y el acondicionamiento de tres oficinas regionales del PAI para fines de capacitación y coordinación y salas de la cadena de frío. Se reforzarán las investigaciones operativas con el objeto de identificar las oportunidades perdidas de vacunación en los establecimientos, y evaluar cómo repercute la introducción de nuevas vacunas. Además, se vigilará la aplicación de las normas de bioseguridad sobre inyecciones.

2. *Fortalecimiento de los servicios de salud para mejorar la cobertura y el apoyo a la consolidación de la introducción de nuevas vacunas.* En la Fase II se consolidará la introducción de las vacunas pentavalente, SPR y fiebre amarilla mediante capacitación, supervisión y estrategias de Educación y Comunicación para la Información basadas en los datos obtenidos durante la investigación de CAP. Se espera que estas estrategias se conviertan en el marco para todas las actividades de comunicación y educación en toda la red de servicios de salud; las estrategias estarán sujetas a una evaluación periódica.

Se creará un sistema de incentivos para quienes se destaquen en la labor del PAI: trabajadores de salud y personal de los municipios y *prefecturas*. Se promoverán las iniciativas locales que fortalezcan las actividades de inmunización dentro del sistema de servicios de salud, usando la estrategia que reduce las oportunidades perdidas de vacunación. Continuará el monitoreo de los municipios en riesgo y se tomarán medidas inmediatas a nivel de departamento en los municipios que notifiquen baja cobertura de vacunación.

3. *Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia.* En la Fase II del proyecto se apoyarán mecanismos de control continuo de la calidad de la vigilancia epidemiológica, así como búsquedas activas institucionales y comunitarias de enfermedades prevenibles por vacunación y un monitoreo rápido de la cobertura de la vacunación. La capacitación y la supervisión, empleando el enfoque de educación continua y la auditoría de la calidad de la información, seguirán siendo componentes importantes de la segunda fase del proyecto. Además, se promoverán herramientas para facilitar el análisis de la información del PAI a todos los niveles. Se ha previsto que estas actividades serán ejecutadas conjuntamente por el SNIS y la unidad de vigilancia epidemiológica. Al final de la Fase II se realizará una encuesta de cobertura de la vacunación para validar los datos administrativos.

Financiamiento de las vacunas en la Fase II

Con base en la experiencia recogida en la Fase I, se llevará a cabo un plan estructurado para integrar progresivamente el apoyo del gobierno y a la vez reducir el apoyo externo. Como se muestra en las figuras 1 y 2, durante la segunda fase del proyecto se centrará la atención en el financiamiento de nuevas vacunas que se introdujeron en el esquema de vacunación durante la Fase I. Los aportes

financieros de los asociados disminuirán anualmente hasta el tercer año. El gobierno, por otra parte, incrementará el financiamiento nacional para la adquisición de las vacunas en un monto de EUA\$500.000 anuales hasta cubrir la cantidad total al final del proyecto.

Metas para la Fase II

Como se muestra en el cuadro 1, se espera que las acciones e inversiones de la Fase II den lugar a:

- niveles de cobertura por encima de 90% para 2005
- reducción del número de municipios con cobertura baja a 31
- autosuficiencia del país para comprar vacunas.

Cuadro 1

Fase II Objetivos				
	2002	2003	2004	2005
Cobertura de inmunización con 3 dosis de pentavalente	85%	87%	90%	93%
Municipalidades con cobertura con 3 dosis de pentavalente <80%	83	70	50	31
Financiamiento de vacunas por el gobierno (EUA \$ millones)	4	4.5	5	5.5

Figura 1
Gastos proyectados del programa de inmunización, 2002-2005

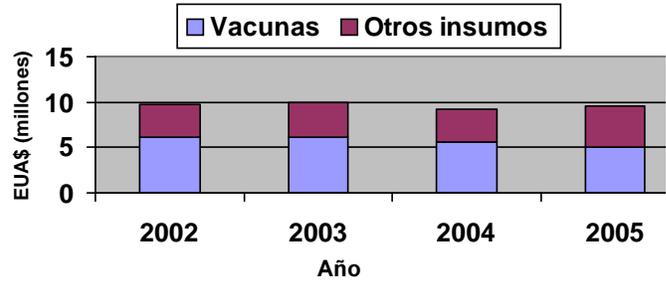
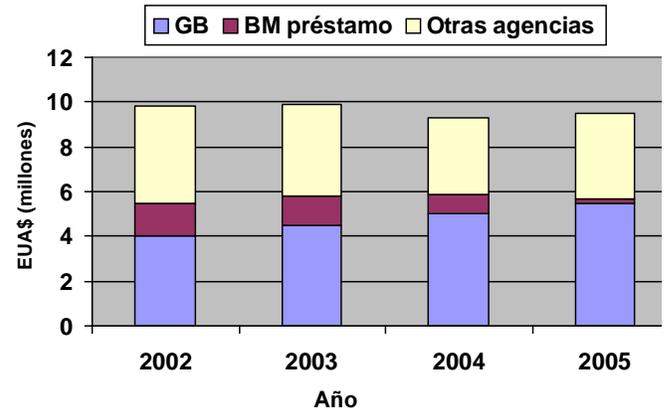


Figura 2
Financiamiento proyectado del programa de inmunización por fuentes, 2002-2005



Compromisos de gestión: gestión por resultados

Una de las tres líneas de acción del Proyecto de Reforma del Sector Salud en Bolivia está dirigida al fortalecimiento institucional del programa nacional de inmunización. Un aspecto importante de este componente es el fortalecimiento de la gestión en las actividades de inmunización en los niveles centrales, así como departamentales a fin de cumplir las metas trazadas. Esta iniciativa se está llevando a cabo mediante el uso de los compromisos de gestión, que son acuerdos entre dos instituciones públicas. En esta forma, los departamentos comparten la responsabilidad de lograr una alta cobertura de vacunación y de reducir al mismo tiempo el número de municipios con bajas coberturas.

El compromiso de gestión consiste en un acuerdo anual entre los niveles de gestión del Ministerio de Salud, en el que sus máximas autoridades en representación de sus instituciones son responsables del cumplimiento de las metas, firmando para ello un documento legal el cual establece las responsabilidades y competencias de los participantes y las metas anuales con indicadores bien definidos. Es importante destacar que el objetivo principal de este instrumento es promover la gestión por resultados,

es decir dirigir los esfuerzos hacia el cumplimiento de actividades específicas dentro del marco de las políticas del sector, evaluando y midiendo el desempeño por niveles tanto de producción de servicios como de la gestión administrativa. El monitoreo de los compromisos de gestión se lleva a cabo trimestralmente, además de una evaluación anual. Este instrumento es especialmente relevante dentro de los procesos de descentralización ya que incorpora indicadores de fortalecimiento institucional y de descentralización en los diferentes niveles.

Los compromisos de gestión benefician al país porque permiten la gestión eficiente por resultados, a los establecimientos de salud porque tienen un sistema de control y reciben fortalecimiento institucional. Sin embargo, benefician sobre todo a la población ya que la mejora en la entrega equitativa de servicios de salud de calidad es la meta final de un compromiso de gestión. La participación comunitaria se asegura a través de los Consejos Municipales y distritales, así como a través de los compromisos de gestión en los que participan representantes de la comunidad.

Fuente: Ministerio de Salud y Previsión Social, DSS, Bolivia.

Vacunación de rubéola en mujeres en edad fértil en las Américas

En 1997, el Grupo Técnico Asesor de la Organización Panamericana de la Salud para Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) recomendó desarrollar estrategias de vacunación apropiadas dirigidas a la reducción del número de mujeres en edad fértil susceptibles, en respuesta a la amenaza de grandes epidemias de rubéola, y a la incidencia endémica del síndrome de rubéola congénita. Específicamente, el GTA recomendó:

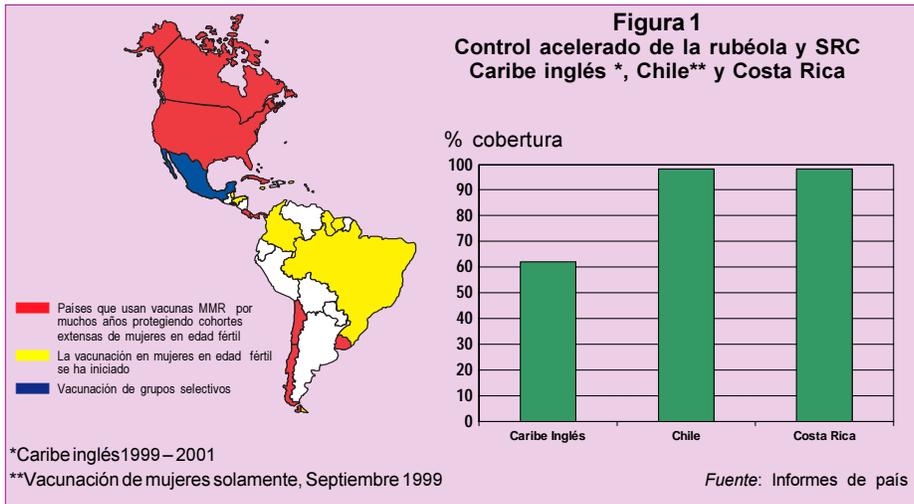
- Países que quieren prevenir y controlar rápidamente el SRC deberían llevar a cabo una campaña de vacunación masiva de todas las mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna contra la rubéola y el sarampión.

- Países que quieran prevenir y controlar rápidamente, tanto la rubéola y el SRC deberían llevar a cabo una campaña de vacunación masiva única de los hombres y de las mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna contra la rubéola y el sarampión.

En un esfuerzo para reducir el riesgo de infección por rubéola en mujeres de edad fértil, los Estados Unidos,

Canadá, Cuba, Chile, Panamá y Uruguay utilizan la vacuna sarampión/rubéola/parotiditis (MMR) por muchos años, protegiendo así grandes cohortes de mujeres en edad fértil. Brasil, Colombia y Honduras han comenzado actividades de vacunación contra la rubéola durante el puerperio, y México ha iniciado la vacunación en grupos de riesgo. (Figura 1).

En cuanto a la vacunación de adultos contra la rubéola en el contexto de programas acelerados de control de la



rubéola y el SRC, los países de la comunidad del Caribe (CARICOM) establecieron en 1998 la meta para eliminar la rubéola y el SRC en los países del Caribe de habla inglesa, y están en vías de completar campañas masivas de rubéola dirigida a adultos.

En septiembre de 1999, Chile puso en marcha una campaña masiva de vacunación

contra la rubéola dirigida a mujeres entre las edades de 10 a 29 años, alcanzando una cobertura de vacunación de 98%; Costa Rica llevó a cabo una campaña masiva de vacunación contra la rubéola a nivel nacional dirigida a hombre y mujeres de 15 a 39 años de edad, lográndose una cobertura de vacunación del 98% (*Boletín Informativo PAI*, febrero y junio, 2001).

Programas de inmunización en las Américas amplían actividades a otros grupos de edad

Los Programas Nacionales de Inmunizaciones (PNI) fueron creados, a partir de los años 1970 en la Región de las Américas, con la finalidad de promover la prevención de algunas enfermedades comunes en la niñez por medio de la vacunación. En aquella época habían pocas vacunas disponibles o accesibles económicamente a los países - BCG, DPT, TT, OPV y la antisarampiónica empezaba a introducirse. Hoy en día, la mayoría de los países han incorporado exitosamente otras vacunas en sus programas de vacunación de rutina de los niños, tales como la vacuna triple viral - contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis; la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b y la vacuna contra la hepatitis B; estas dos últimas principalmente en combinación con la DPT. El éxito de la organización de los programas de inmunización se ve reflejado en la drástica reducción de la morbi-mortalidad de estas enfermedades, incluso lográndose erradicar la circulación del virus salvaje de la poliomielitis y estar cerca de la erradicación de la transmisión endémica del virus de sarampión en el continente.

En los últimos años, como resultado del mayor conocimiento de la situación epidemiológica de las enfermedades, como por ejemplo, la identificación de áreas

de riesgo para el tétano neonatal y del desarrollo de nuevas estrategias de prevención de enfermedades, así como la prevención de la influenza en grupos de mayor riesgo de defunciones por la infección por el virus de la influenza y sus complicaciones, los programas nacionales de inmunización de varios países han ampliado sus áreas de acción, desarrollando actividades de vacunación en otros grupos de edad, como la vacunación de adolescentes y adultos contra el sarampión y la rubéola; vacunación de mujeres en edad fértil contra el tétanos; vacunación de profesionales de salud contra la hepatitis b; y vacunación de pacientes crónicos y de ancianos contra la influenza.

En 2001, se han realizado campañas de vacunación contra la influenza en Chile y en Brasil. En Chile se vacunaron aproximadamente 1.5 millones de personas. Las poblaciones objetos consistieron de personas de más de 65 años de edad, pacientes crónicos y profesionales de salud, alcanzándose coberturas de vacunación de 98,5%, 95,5% y 93,1%, respectivamente. Brasil ha realizado en abril de 2001, una campaña de vacunación de personas de más de 60 años contra la influenza. La vacunación alcanzó 10.7 millones de personas, que representa una cobertura de 82.1%.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 2001 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 2000 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión			Confir- mados 2000	Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total 2001		2001	2000	No Neonatal		Neonatal		2001	2000	2001	2000
								2001	2000	2001	2000				
Anguilla	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	30-Jun	0	0	0	6	0	0	3	0	0	0	0	0	73	60
Bahamas	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bermuda	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bolivia	30-Jun	0	0	0	122	0	0	3	5	3	2	0	0	27	2
Brasil	30-Jun	1	0	1	36	0	0	129	301	17	27	10	27	235	657
Islas Virgenes Británicas	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	30-Jun	24	0	24	206	0	0	3	1	0	0	1	0	1056	1839
Islas Caimán	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chile	30-Jun	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	709	1453
Colombia	30-Jun	0	0	0	1	0	0	8	14	0	9	0	0	344	276
Costa Rica	30-Jun	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	32	11
Cuba	30-Jun	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Dominica	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	30-Jun	117	0	117	254	3**	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	30-Jun	2	0	2	0	0	0	...	...	4	4	1	0	189	273
El Salvador	30-Jun	2	0	2	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	30-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	30-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	30-Jun	0	0	0	0	0	0	3	9	1	5	0	0	19	82
Guyana	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0
Haití	30-Jun	144	0	144	992	5**	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	30-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	30-Jun	0	0	0	0	0	0	7	1	1	0	0	0	3	12
Martinique	30-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	30-Jun	3	0	3	30	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Montserrat	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	30-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	30-Jun	0	0	0	0	0	0	9	5	1	0	0	0	18	6
Panamá	30-Jun	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	66
Paraguay	30-Jun	0	0	0	0	0	0	11	9	5	6	0	0	18	11
Perú	30-Jun	0	0	0	1	0	0	129	3001	1	2	0	0	13	63
Puerto Rico	30-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Cristóbal/Nieves	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	30-Jun	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	0
Trinidad y Tabago	30-Jun	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Turcas y Caicos	30-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	30-Jun	65	0	65	85	0	0	12	12	...	...	1	0	2129	2789
Uruguay	30-Jun	0	0	0	...	0	0	1	...	...	...	...	...	6	...
Venezuela	30-Jun	0	8	8	22	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
TOTAL		358	8	366	1755	8**	0	328	3372	34	55	13	27	4976	7601

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

** Caso por virus vacunal derivado de la VOP

Costa Rica aprueba Ley Nacional de Vacunas

Costa Rica se une a los países de Venezuela, Honduras y Ecuador en la aprobación de una Ley Nacional de Vacunas. Las iniciativas en esta área continúan siendo críticas para asegurar la sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización. A continuación se resume información de un artículo en el periódico *La República*, y del texto oficial de la Ley Nacional de Vacunación (Ley Nr. 8111) aprobada por la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, el 28 de junio del 2001.

Ley transforma vacunación

La selección, disponibilidad y adquisición de vacunas en el país será organizada mediante la Ley Nacional de Vacunas, que se aprobó en la Asamblea Legislativa de Costa Rica el 28 de junio del 2001. Con esta legislación se garantiza la vacunación a toda la población en forma gratuita y obligatoria, así como el acceso efectivo a la vacunación, en especial, para los niños, los inmigrantes y los sectores ubicados por debajo del índice de pobreza.

La ley crea la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, que estará compuesta por el Ministro de Salud y la Unidad de Vigilancia dentro del Ministerio, representantes de los Departamentos de Infectología y de Farmacología de la Caja Costarricense de Seguro Social

(CCSS) y un representante del Hospital Nacional del Niño. La Comisión velará por aspectos de política, financiamiento, técnicos y operacionales relacionados con la puesta en marcha del programa de inmunización del país.

La ley permite al país adquirir vacunas adicionales lo que no era posible con anterioridad. El diputado proponente de la legislación recalzó que la ley especifica el financiamiento de actividades de vacunación. La CCSS tendrá que destinar un 2% de su superávit al Fondo Nacional de Vacunación, que fue establecido mediante esta legislación. Asimismo, la Junta de Protección Social de San José deberá destinar la totalidad de los recursos recaudados en un sorteo anual de la lotería nacional para el financiamiento de actividades de vacunación.

Se establece un carné oficial de vacunación para el registro, el control y la aplicación de vacunas para los menores de siete años, que podrá ser de uso para la matrícula anual de las escuelas. Además, se declara el 7 de abril, el Día Mundial de la Salud, como Día Nacional de Vacunación, para vacunar a todos los niños menores de siete años.

A fin de obtener la versión completa de la ley, por favor contactar al Ministerio de Salud o la oficina de la Representación de la OPS en San José, Costa Rica.

Aprobada el jueves por Asamblea Legislativa

Ley transforma vacunación

Garantiza el suministro a los sectores más pobres de la población

CAROLINA MURILLO

La República

La selección, disponibilidad y adquisición de vacunas en el país será organizada mediante la Ley Nacional de Vacunas, que se aprobó en segundo debate el pasado jueves en la Asamblea Legislativa.

Con la legislación se garantizará el suministro de vacunas para la población cuyas posibilidades son inferiores al índice de pobreza, los niños y los inmigrantes.

La Viceministra de Salud, Xinia Carvajal, manifestó que en adelante el país proveerá vacunas que no podía dar antes porque tenían que ajustarse a determinado presupuesto.

"Actualmente no podemos adquirir algunas vacunas porque tenemos que abocarnos a comprar las que son prioridad", explicó Carvajal.

El diputado proponente del proyecto, Ricardo Sancho, preci-

só que la ley especifica el financiamiento para poder cumplirla.

Por ejemplo, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) deberá destinar un 2% de su superávit, calculado hace medio año en 600 millones.

De igual manera, la Junta de Protección Social de San José (JPS) dedicará un sorteo de lotería para el financiamiento de las vacunas, que también se exonerarán de impuestos.

El jefe de la fracción socialcristiana, Eliseo Vargas, comentó que la ley lo que crea son mecanismos para organizar el sistema de vacunación, aunque el actual no tiene problemas, según su criterio.

"No creo que la ley fuera tan necesaria, aunque es bueno afianzar el sistema actual", estimó el legislador, quien también es médico pediatra.

La iniciativa, que se convertirá en ley de la República en cuanto sea publicada en el periódico oficial *La Gaceta*, también establece una comisión nacional de vacunación y epidemiología, que será un órgano adscrito a la CCSS.

Dicho ente será integrado

por representantes del Ministerio de Salud, la Asociación Costarricense de Pediatría y el Hospital Nacional de Niños, entre otras instituciones.

La intención es que el órgano se encargue de estimar las poblaciones meta para ser vacunadas, además de la organización de un banco nacional de vacunas.

"Lo que se pretende es centralizar una estrategia de vacunación", especificó el asesor del diputado Ricardo Sancho, Bernal Arias.

Agregó que para la creación del banco de vacunas la ley otorga un plazo de seis meses después de su entrada en vigencia.

"La ley crea también un día nacional de vacunación, (7 de abril), que las autoridades deben dedicarlo a inmunizar a todos los menores de siete años.

Esa fecha deberá celebrarse al año siguiente de la promulgación de la legislación, según comentó Bernal Arias.

La Viceministra de Salud se manifestó confiada en que se asignen las partidas para garantizar el cumplimiento de la Ley Nacional de Vacunación.

Fuente: *La República*, junio 30, 2001

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>

Editor: Ciro de Quadros

Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729