

A continuación figura un resumen de los países participantes y sus necesidades de vacuna.

PARTICIPANTES EN EL FONDO ROTATORIO DEL PAI EN 1980
Y NECESIDADES RESPECTIVAS DE VACUNA
Pedidos de vacuna (en miles de dosis)

País	DPT	Poliomielitis	Sarampión	BCG	TT
Anguilla	2,0	2,0	—	—	1,6
Argentina	3.000,0	11.000,0	3.000,0	4.000,0	500,0
Bahamas	50,0	44,0	25,0	7,0	68,0
Barbados	24,0	20,0	8,0	10,0	24,0
Bolivia	940,0	940,0	310,0	—	—
Islas Caimán	1,7	8,7	1,5 (a)	3,7	1,5
Colombia	4.500,0	4.500,0	2.000,0	—	—
Costa Rica	600,0	800,0	68,0	—	400,0
Dominica	6,0	6,0	1,0	0,3	10,0
Rep. Dominicana	800,0	400,0	300,0	200,0	250,0
Ecuador	—	1.500,0	500,0	500,0	—
Grenada	12,0	12,0	4,0	6,0	8,0
Guyana	50,0	50,0	30,0	70,0	11,4
Haití	450,0	—	—	200,0	200,0
Honduras	1.500,0	—	—	420,0	100,0
Panamá	25,0	20,0	92,0	—	16,0
Paraguay	239,6	442,2	57,9	300,0	380,5
Peru	2.500,0	2.500,0	750,0	2.000,0	—
St. Kitts	6,0	16,0	—	2,0	10,0
Suriname	50,0	100,0	1,0	—	—
Uruguay	—	400,0	80,0	—	—
TOTAL DE DOSIS	14.744,9	22.749,0	7.196,9	7.719,0	1.981,0
COSTO	\$543.098	\$441.801	\$1.880.053	\$338.646 (b)	\$46.082

COSTO TOTAL DE LAS VACUNAS PARA EL PAI (c) US\$ 3.249.680

SE DE GASTOS DE ADMINISTRACION Y TRANSPORTE US\$ 812.420

COSTO TOTAL DE LAS VACUNAS Y EL TRANSPORTE US\$ 4.062.100

(a) El pedido comprende vacuna contra la parotiditis y la rubéola cuyo costo no se incluye en el de la vacuna antisarampión.

(b) Sin contar el costo del diluyente.

(c) Sin contar Haití.

* En septiembre de 1979 todavía no habían indicado sus necesidades de vacuna para el PAI en 1980 los siguientes países y territorios: Antigua, Belice, Montserrat, Nicaragua, Santa Lucía, San Vicente e Islas Turcas y Caicos.

Epidemiología

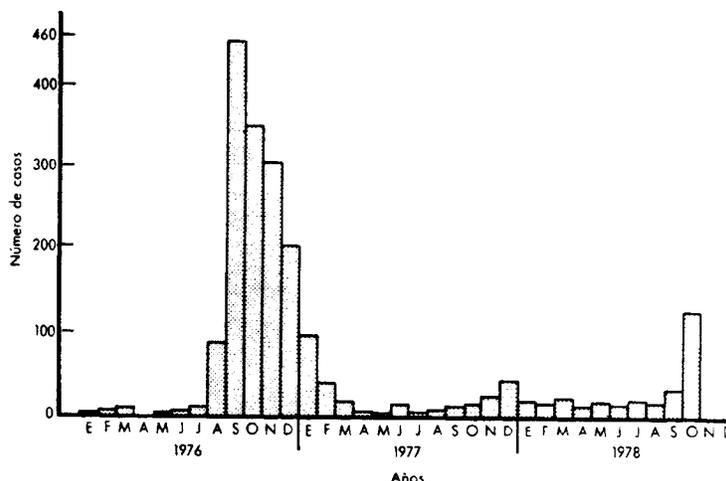
Sarampión: Una Epidemia en la Ciudad de Panamá, 1978.

En el período de agosto a octubre de 1978 la Dirección de Epidemiología recibió la notificación de 174 casos de sarampión ocurridos en la Región Metropolitana de la Ciudad de Panamá.

Por búsqueda activa de casos en los registros del Hospital del Niño, efectuada por la Jefatura de Enfermería de la Región Metropolitana, se recabó información sobre 435 casos de sarampión atendidos en el Cuarto de Urgencia, la mayoría de los cuales no tenían antecedentes de atención en los centros de salud. Esto demostró que la magnitud del problema fue mayor que lo indicado en los registros de la Región Metropolitana.

Esta epidemia ocurrió a escasamente un año y medio de haberse terminado la última epidemia de sarampión en esta Región (Gráfica No. 1). El promedio mensual de casos en el período interepidémico (abril de 1977 a agosto de 1978) fue de 15 casos. El mes de septiembre, con 32 casos, fue considerado como el inicio de la epidemia.

Gráfica 1. Panamá: sarampión en la región metropolitana 1976-1978



Durante esta epidemia se identificaron dos defunciones, ambas ocurridas en el Distrito de San Miguelito. Cabe señalar que se trata de una barriada pobre. La distribución por edad de los casos notificados de la Región Metropolitana entre agosto y octubre fue la siguiente:

Edad	No. de casos	%	Tasa por 100.000 hab.
Menor de 1 año	49	28,2	269,3
1-4	80	46,0	112,9
5-9	26	14,9	32,0
10-14	10	5,7	14,1
15 y más	8	4,6	...
No especificada	1	0,6	...
TOTAL	174	100,0	27,5

La distribución de los casos por sexo fue equitativa. Con relación a la edad, la incidencia fue mayor en los niños menores de un año. Cuarenta y ocho de los 49 casos en este grupo de edad ocurrieron entre los 6 y 11 meses de vida.

Las coberturas con vacunación antisarampión en la Región Metropolitana, según los informes mensuales enviados por los centros de salud, fueron las siguientes:

Edad	1976	1977	1978 (1er. semestre)
Menor de 1 año	33,4%	26,7%	34,4%
1-4 años	38,1%	59,0%	...

En 105 de los 174 casos notificados se obtuvieron los siguientes datos sobre antecedentes de vacunación:

Vacuna	Vacunados	No vacunados	Desconocido	% vacunado
Sarampión	11	56	38	10,5
PT	28	44(*)	33	26,7
Polio	27	45(**)	33	25,7

(*) Incluye 17 que no completaron las dosis requeridas.
(**) Incluye 32 que no completaron las dosis requeridas.

O sea, de cada 4 de estos niños, sólo uno tenía antecedentes de vacunación con DPT y antipoliomielítica. Esto indica que, tal como estos niños habían enfermado de sarampión, la posibilidad de contraer cualquiera de las otras enfermedades es muy grande.

La mencionada investigación señaló que el 72,2% de los niños afectados siempre habían vivido en el mismo domicilio. A pesar de que la migración no fue un factor decisivo, las coberturas de vacunación fueron bajas.

Algunos de los motivos por los cuales estos niños no fueron vacunados, según información obtenida en dicha investigación, incluyen:

- Inasistencia a citas, aun después de visitas a domicilio.
- Madre alegaba que el niño ya había tenido sarampión, pero sin comprobación.
- Rechazo de la madre a dejar vacunar a sus hijos.
- Por estar enfermo el día de la cita.
- Control en clínica particular.
- Control en el Seguro Social.
- Por falta de vacuna en el Centro de Salud el día de la cita (2 casos).

Entre las conclusiones y recomendaciones que la Dirección de Epidemiología sugirió y que están siendo aplicadas, se destaca:

- La necesidad de planificar la vacunación permanente a partir de 1979 a nivel de cada centro de salud.
- Una campaña de divulgación y motivación de la comunidad, demostrando la importancia de vacunar a todos los niños susceptibles y resaltando la responsabilidad de los padres en dicha labor.
- Establecer contactos con autoridades, líderes, organizaciones oficiales, gremiales y particulares, con el fin de que estos influyan sobre los diferentes niveles de la población para lograr mayor comunicación entre la comunidad y las instituciones de salud.

Fuente: Bol. Epid. Panamá, Vol. III, No. 11, Nov. 1978.

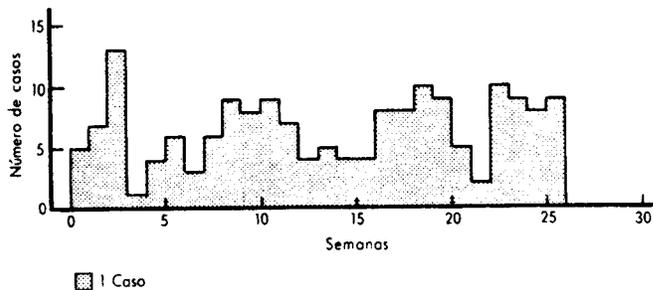
Poliomielitis: Honduras, 1979

Aparentemente en la semana del 6 de noviembre de 1978, se inició un brote epidémico de poliomielitis en Honduras, con un total de 40 casos hasta fines de 1978 y 173 casos hasta la 26 semana de 1979. La evolución del brote en 1979 y la situación actual se presentan a continuación.

La distribución semanal de los 173 casos notificados

en las primeras 26 semanas de 1979 se presenta en la gráfica 1.

Gráfica 1. Número de casos de poliomielitis
Semanas epidemiológicas 1 a 26 en Honduras - 1979



Se presenta la distribución etaria de los casos en la Tabla 1.

Tabla 1

Distribución de los casos de poliomielitis en 1979, según edad

Edad	Total	%
Menos de 1 año	63	36,46
1 año	55	31,79
2 años	25	14,45
3 años	14	8,08
4 años	5	2,88
5 y más años	11	6,34
Desconocida	--	--
Total	173	100,00

El caso de menor edad era de dos meses y el mayor de 10 años. Diecisiete casos ocurrieron en niños menores de seis meses.

En la Tabla 2 se presentan los antecedentes de vacunación de los 173 casos.

Tabla 2

Distribución de casos según antecedentes de vacunación

Dosis de vacuna	No. de casos	%
0	122	71
1	28	16
2	11	6
3	2	1
Ignorado	10	6
Total	173	100

De enero a junio de 1979 un total de 600.000 dosis de vacuna antipoliomielítica fueron distribuidas a las Regiones Sanitarias; datos provisionales indican que 122.435 dosis fueron administradas con la distribución por grupos de edad presentada en la Tabla 3.

Tabla 3

Distribución porcentual de la vacunación antipoliomielítica (3 dosis), según grupos de edad Honduras, enero a junio de 1979

Grupo de edad	No. de vacunados	Población estimada	% vacunado
Menor de 1 año	15.083	144.921	10,4 %
1 año	27.874	133.459	20,9 %
2-4 años	57.203	283.584	20,1 %
5 y más años	22.275	2.095.020	1,0 %
Total	122.435	2.656.984	4,6 %

Fuente: Datos facilitados por la División de Epidemiología y Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública, Honduras.

Nota editorial:

Basándose en los datos presentados en la Tabla 3 del número de vacunados en cada grupo de edad, puede calcularse que el 12,3% (15.083 personas) del número total de personas que recibieron tres dosis de vacuna antipoliomielítica (122.435) eran menores de 1 año; el 22,7% (27.874) eran entre 1 y 2 años de edad; el 46,8% (57.203) eran entre 2 y 4 años de edad; y el 18,2% (22.275) eran 5 o más años de edad. Comparando estas cifras con las que se presentan en la Tabla 1, puede verse que mientras el 68% de los casos de poliomiélitis han ocurrido en niños menores de dos años, sólo el 35% del número total de vacunados eran menores de dos años de edad.

Como se ve en la Tabla 3, las 15.083 vacunaciones dadas a los menores de un año representan poco más del 10% de este grupo etario, a pesar de que éste constituye el grupo de mayor riesgo para contraer la enfermedad. Sería recomendable un cambio de estrategia de vacunación con el fin de dar mayor prioridad al grupo de los menores de dos años, según las recomendaciones del Programa Ampliado de Inmunización en las Américas.

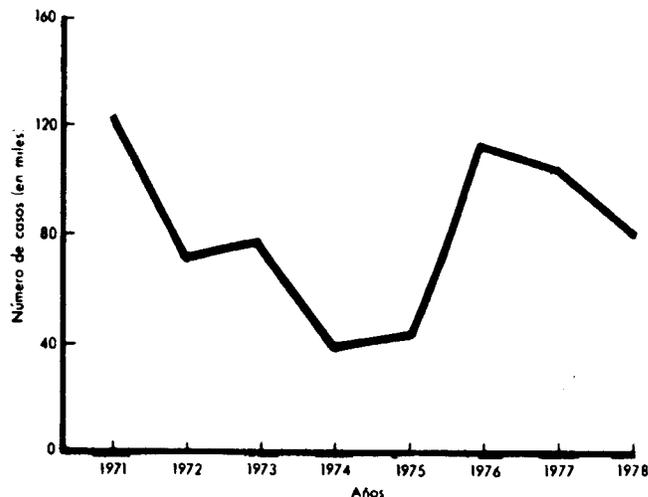
Sarampión en la Región de las Américas, 1971-1978

En el período de 1971 a 1977 veinte y ocho países de la Región han reportado a la OPS un promedio anual de 258.634 casos de sarampión (ver PAI Boletín Informativo No. 1, página 2). En 1978 veinte y nueve países han reportado 233.408 casos de esta enfermedad. Estos veinte y nueve países han sido divididos en tres grupos de acuerdo a su localización.

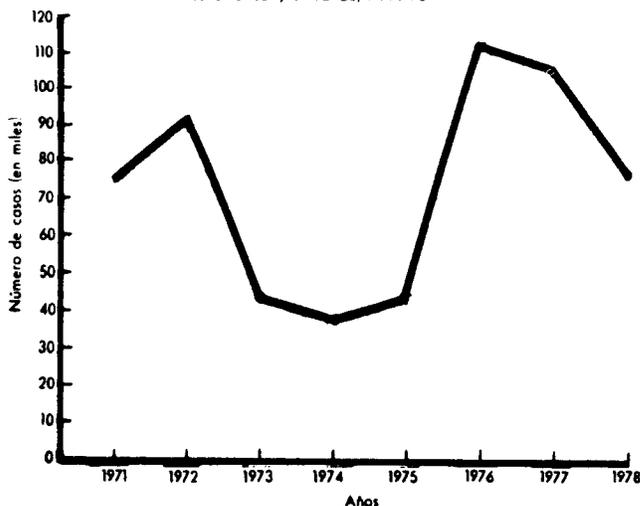
En la gráfica 1 se presentan los casos reportados entre 1971 y 1978 por los países del grupo 1: Estados Unidos y Canadá (Norteamérica).

En la gráfica 2 se presentan los casos reportados por los países del grupo 2: México, Guatemala, Honduras, Panamá, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Jamaica, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, República Dominicana, Granada, Haití y Trinidad y Tobago (Mesoamérica y el Caribe).

Gráfica 1 Casos notificados de sarampión Estados Unidos y Canadá, 1971-1978.

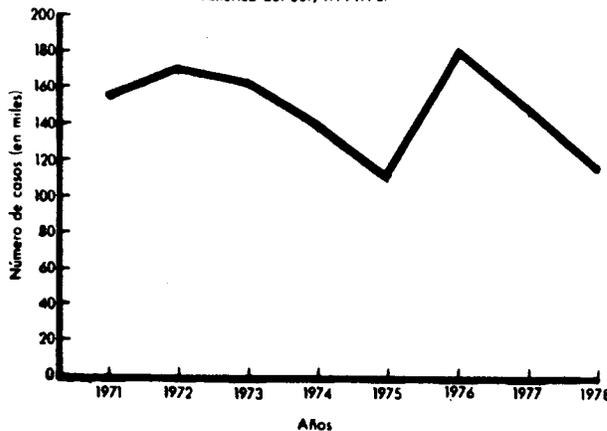


Gráfica 2 Casos notificados de sarampión Mesoamérica y el Caribe, 1971-1978



En la gráfica 3 se presentan los casos notificados por los países del grupo 3: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (América del Sur).

Gráfica 3 Casos notificados de sarampión América del Sur, 1971-1978.



La disminución del número de casos reportados en 1974 y 1975, siguió la introducción en gran escala de la vacuna antisarampionosa en la mayoría de los países de la Región.

La subsiguiente alza en el número de casos de sarampión reportados en los años 1976-1977, puede haber sido debido en su mayor parte a la falta de programas rutinarios de inmunización integrados en los servicios de salud de muchos países.

Durante el año de 1979 los países del grupo 1 han presentado un aumento del 21,2% en el número de casos notificados en relación a iguales períodos en 1978. (Estados Unidos, sin embargo, presenta una reducción del 47,7%.)

Los países de los grupos 2 y 3 también han presentado aumentos, del 167% y 80% respectivamente, para períodos de tiempo comparables en 1978 y 1979.

Cadena de Frío

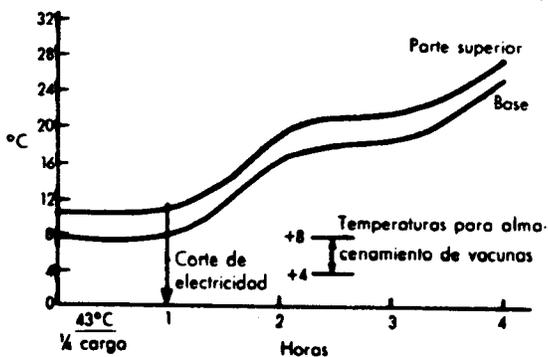
Refrigeradora para Uso en los Centros de Salud

La OPS/OMS prosigue su labor de investigación y desarrollo de equipo frigorífico adecuado para uso en las Américas y ya dispone de los resultados de los últimos ensayos de una refrigeradora de 20,16 litros, fabricada en Brasil. Esa refrigeradora, actualmente utilizada por la Secretaría de Salud del estado de Sao Paulo, está específicamente concebida para conservación de vacunas en los centros de salud. Sus dimensiones exteriores son 630 mm (ancho) x 680 mm (alto) x 575 mm (fondo) y su peso 39,5 kg. La refrigeradora está dotada de un termómetro externo. El interior es de polietileno, el exterior de placa de acero y para aislamiento se utiliza poliuretano. El costo de la refrigeradora es de US\$ 190 aproximadamente.

Bajo los auspicios de la OPS/OMS, la refrigeradora se ha ensayado en los Laboratorios Harpenden Rise de Londres para determinar las posibilidades de utilizarla en otros proyectos del PAI. Esos ensayos han arrojado los siguientes resultados:

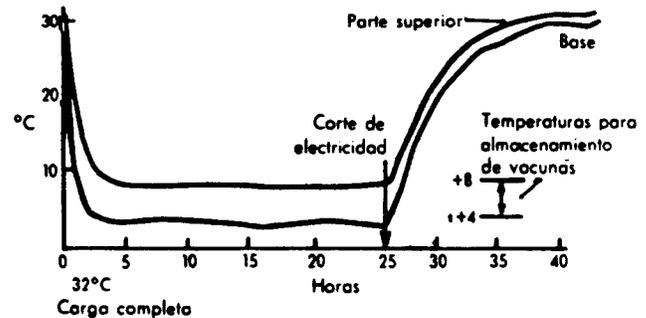
"A 43°C y cargada a la cuarta parte de su capacidad, las temperaturas de almacenamiento van desde 11°C en la parte superior hasta 7°C en la base. A 32°C y con una cuarta parte de la carga, las temperaturas de almacenamiento permanecen respectivamente en 3°C y 8°C. Cuando se corta la corriente, el cambio de la temperatura en 10°C, desde la parte más fría, va de 40 minutos con una cuarta parte de la carga cuando la temperatura es de 43°C, a dos horas con carga completa

Gráfico 1. Subida de temperatura después de corte de electricidad a temperatura ambiente de 43°C y con una cuarta parte de carga.



cuando la temperatura es de 32°C. El termómetro exterior tiene una exactitud de $\pm 1^\circ\text{C}$." (Véanse las gráficas Nos. 1 y 2).

Gráfico 2. Subida de temperatura después de corte de electricidad a temperatura ambiente de 32°C y con carga completa.



Esos resultados demuestran que la refrigeradora constituye un medio económico de almacenamiento de vacuna para los servicios de salud periféricos, siempre y cuando se den las tres condiciones siguientes:

- 1) Suministro de electricidad continuo y satisfactorio.
- 2) Que no se almacene vacuna en los 5 cm superiores porque la temperatura en esa parte puede ser superior a la necesaria para la conservación de las vacunas.
- 3) Que no se precise producción de hielo en el establecimiento de salud en que se usa la refrigeradora. Dado que ésta no produce hielo, se la debe emplear sólo cuando las vacunaciones se efectúan cerca del establecimiento de salud, o cuando se dispone de otra fuente de suministro de hielo.

Acuerdo entre

OPS/Ministerio de Salud de Colombia/CIMDER

La OPS ha firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública de Colombia y el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo Rural (CIMDER) en Cali, Colombia, para establecer un centro regional dedicado al desarrollo y ensayo de equipos para la cadena de frío.

Este proyecto tiene por finalidad el asegurar que todos los programas del PAI de América Latina, y el de Colombia en particular, cuenten con equipos para la cadena de frío que satisfagan las necesidades comunes de transporte y almacenamiento de vacunas en la Región. A fin de asegurar una atención adecuada y eficaz a esas necesidades, el acuerdo establece los siguientes objetivos:

- a) Cooperación entre el personal de CIMDER y el del PAI/Colombia.
- b) Atención constante a las necesidades de los otros programas del PAI en América Latina.
- c) Evaluación cuidadosa de las posibilidades de la industria latinoamericana para suministrar equipos al PAI.
- d) Pruebas rigurosas de los equipos en laboratorios antes de su fabricación al por mayor.
- e) Evaluación constante de los equipos usados en cantidad en el terreno.

La primera fase del proyecto, en que se hará el diagnóstico de la situación actual en cuanto a los equipos de la cadena de frío utilizados en las Américas, empezará en octubre de 1979 y se espera concluya en diciembre de 1979.

Vacunas

Vacunas PAI

Instituto Nacional de Virología, México

Con apoyo de la OPS/OMS, el Instituto Nacional de Virología (INV) de México se ha transformado en un eficaz Centro Regional de Referencia para Vacunas Víricas. En 1978 se organizó en el Instituto un cursillo regional para personal de inspección de vacunas víricas; además, se desarrolla un programa que permite dar individualmente a los becarios de la OPS adiestramiento en preparación e inspección de vacunas en el INV. Desde 1977 se han ensayado, a petición de Brasil, Ecuador, Guatemala, Perú y la OPS/OMS 69 lotes de vacunas, en su mayor parte importados para el PAI:

Año	Lotes de vacuna ensayados		
	Anti-Poliomielítica	Anti-Sarampionosa	Total
1977	17	--	17
1978	--	24	24
1979 (ene-ago)	14	14	28
TOTAL	31	38	69

Actualmente se procura reducir la demora en la notificación de resultados. Aunque sorprenda, estas demoras se deben, por lo menos en parte, a la complejidad de los trámites de aduanas. Para acelerar estos trámites conviene que los paquetes de vacunas vayan marcados claramente con la siguiente indicación:

"PRODUCTOS BIOLÓGICOS SIN VALOR COMERCIAL"

Las vacunas para el servicio de referencia se deben enviar por vía aérea al Instituto Nacional de Virología en un vuelo directo a México D.F. un lunes o martes, procurando que la fecha de llegada del envío no caiga en un día que sea feriado en México. Ha de enviarse un telegrama al Director del Laboratorio de Referencia y otro al Representante OPS/OMS del Area II, indicando el contenido del paquete, la compañía aérea, el número de vuelo, la fecha y hora prevista de llegada, el número de conocimiento de carga aérea y la fecha en que se hizo el envío. Para mayor garantía, la vacuna se debe enviar en cajas de espuma de poliuretano, de un grosor de 1", con un volumen de refrigerante (hielo carbónico o bloques congelados) de por lo menos tres veces superior al de la vacuna.

La dirección del Director del Laboratorio de Referencia es:

Dr. Julio de Mucha Macías, Director
Instituto Nacional de Virología
Carpio 492
México 17, D.F.
México

Teléfono: 541-66-30

Para el contacto con el Representante OPS/OMS del Area II:

Dr. A. Sotelo
Representante del Area II
Oficina Sanitaria Panamericana
Apartado Postal 105-34
Homero 418, Colonia Polanco
México 5, D.F.
México

Teléfono: 254-2033
Telex : 1774561
Cable : OFSANPAN, México, D.F. México

SOLICITUDES DE VACUNA ANTISARAMPIONOSA EN 1980

A partir del primer trimestre de 1980 se entenderá que las solicitudes de vacuna antisarampionosa en ampollas de una sola dosis no comprenden jeringas desechables, salvo contraindicación de los administradores nacionales del PAI cuando formulen sus solicitudes.

Otras Vacunas

Vacuna antiamarílica

La Oficina de Productos Biológicos de la "Food and Drug Administration" de los Estados Unidos ha accedido a realizar el ensayo externo de la vacuna antiamarílica lizada en los programas nacionales de control. Ello será de particular utilidad para Brasil y Colombia que producen vacuna de embrión de pollo D-17 para la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe. Puede obtenerse información de la OPS (Washington) sobre ese servicio, dirigiéndose al Representante en el país.

Vacunas antirrábicas (VAR)

Treinta y nueve laboratorios de 14 países de América Latina producen VAR para uso en medicina o veterinaria. Diecisiete de estos laboratorios preparan VAR humana; todos los demás, excepto El Salvador, que prepara vacuna Semple, producen vacuna cerebral del tipo "Fuenzalida" que se obtiene de ratones lactantes.

La inspección externa está a cargo del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), situado en Buenos Aires. Los siguientes países han participado con más o menos regularidad en el programa de inspección de vacunas patrocinado por CEPANZO: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, México, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Durante el período 1973-1975, se enviaron 88 lotes de vacuna para ensayo externo; entre 1976 y 1978 ese número se triplicó a 279 lotes. Durante el primer período, el 19,5% de las vacunas no pasaron los ensayos de potencia, mientras que en el segundo período la cifra subió al 24%. Está claro, por lo tanto, que se requiere mayores esfuerzos de parte de los laboratorios productores a fin de mejorar la potencia de las vacunas.

Otros países que aún no han aprovechado de este servicio también pueden participar en el programa patrocinado por CEPANZO.

Casos Notificados de Enfermedades PAI en las Américas y el Caribe

TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DE SARAMPION, POLIOMIELITIS, TETANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA
DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL ULTIMO PERIODO INFORMADO EN 1979
Y PARA EL PERIODO COMPARABLE EN 1978, POR PAIS

PAIS	FECHA DEL ULTIMO INFORME	SARAMPION		POLIOMIELITIS		TETANOS		DIFTERIA		TOS FERINA	
		1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978
ARGENTINA	28.IV	1,363	2,520	1	—	79	100	45	139	5,488	5,092
BAHAMAS	25.VIII	1,160	209	—	1	1	1	—	—	—	2
BARBADOS	04.VIII	9	16	—	—	6	8	10	19	1	8
BOLIVIA (a)	16.VI	1,104	338	356	4	58	32	20	14	491	530
BRASIL	16.VI	13,712	9,804	736	586	865	1,076	1,662	2,137	8,821	10,501
CANADA	11.VIII	21,132	4,498	2	5	...	...	47	99	1,197	1,063
CHILE	04.VIII	14,547	2,302	—	—	...	...	214	319	217	662
COLOMBIA	20.V	9,282	6,760	264	153	...	...	86	66	4,926	5,108
COSTA RICA	11.VIII	2,804	232	—	—	19	26	—	—	133	52
CUBA	26.V	5,078	9,567	—	—	8	17	—	1	88	929
DOMINICA	21.VII	177	—	—	—	1	2	—	—	—	42
REP. DOMINICANA (b)	28.IV	1,618	860	4	8	37	22	68	61	131	147
ECUADOR	07.VII	2,767	359	5	5	38	72	7	14	1,161	1,400
EL SALVADOR	25.VIII	9,124	774	1	6 (c)	62	79 (c)	—	1	608	1,522
ENADA	18.VIII	1	197	—	—	1	3	—	—	6	—
GUATEMALA	16.VI	2,232	764	17	16	26	20	1	5	609	284
GUYANA	24.III	—	—	—	—	—	...	1	—	...	...
HAITI	04.VIII	244	143	—	—	38	43	3	4	171	117
HONDURAS	30.VI	2,609	3,068	178	11	21	18	1	—	1,191	620
JAMAICA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
MEXICO	11.VIII	22,420	2,216	248	393	...	256	...	7	2,829	2,331
NICARAGUA	2.VI	46	70	—	1	—	8	—	—	158	251
PANAMA	28.VII	3,306	601	—	—	16	16	—	—	265	38
PARAGUAY	04.VIII	385	313	10	31	101	96	1	2	429	337
PERU	21.VII	1,108	1,041 (d)	35	38	82	54 (d)	44	43	6,032	1,375 (d)
SURINAME	07.IV	...	...	—	—	...	...	1	2	...	...
TRINIDAD & TOBAGO	14.VII	316	667	—	—	17	9	—	—	19	8
U.S.A.	08.IX	12,083	22,904	23 *	3	47	58	62	57	932	1,338
URUGUAY	31.VII	902	332	1	—	7	15	—	—	148	818
VENEZUELA	25.VIII	15,824	10,261	24	9	...	...	1	22	1,053	3,124

) Datos de 1978 hasta 21.IV
) Datos de 1978 hasta 31.III
(c) Datos de 1978 hasta 28.VII
(d) Datos de 1978 hasta 2.VI

— Ningún caso
... Datos no disponibles
* 20 casos paralíticos; 3 casos no-paralíticos

Noticias en Breve

CONTRIBUCION DE LOS PAISES BAJOS AL FONDO ROTATORIO DEL PAI

El Gobierno de los Países Bajos ha anunciado que hará a la OMS las siguientes aportaciones: US\$75.000 para material didáctico visual relativo a la administración de la cadena de frío; \$50.000 para la producción de una película de dibujos animados sobre el concepto de inmunización y sus beneficios; y \$500.000, que ingresarán en el Fondo Rotatorio del PAI, para la compra de vacunas destinadas a las Américas.

El donativo neerlandés de \$500.000 al Fondo Rotatorio del PAI para las Américas se hará por conducto del Fondo OMS de Donativos para el Fomento de la Salud. Ese donativo, junto con la asignación de \$800.000 con cargo al Fondo de Trabajo de la OPS, que habrá de aprobar en principio el Consejo Directivo de la OPS en su XXVI Reunión (septiembre-octubre de 1979) elevará el activo del Fondo a \$2.300.000.

Esas nuevas aportaciones aumentarán considerablemente las posibilidades de atender, con cargo al Fondo, las necesidades de vacuna de los países y territorios miembros; sin embargo, se está procurando obtener otros \$1.700.000 para llegar al activo de \$4.000.000, que se es tima necesario para el buen desarrollo de las operaciones del Fondo.

NUEVO PARTICIPANTE EN EL FONDO ROTATORIO DEL PAI: Suriname

El Gobierno de Suriname ha comunicado a la OPS su decisión de participar en el Fondo Rotatorio del PAI para la adquisición de vacunas a partir de 1980. Con ello son 29 los países y territorios de la Región de las Américas que utilizarán el sistema del Fondo para atender las necesidades de vacuna del PAI en 1980.

CURSO INTERNACIONAL SOBRE

VACUNAS VIRICAS: Argentina, 12-30 Noviembre 1979

Como parte del programa OPS de formación de personal de inspección de vacunas, del 12 al 30 de noviembre de 1979 se celebrará, bajo el patrocinio de la OMS/OPS, en el Instituto Nacional de Microbiología Carlos Malbrán, Buenos Aires (Argentina), un Cursillo Internacional sobre Titulación de Cultivos Tisulares de Vacunas de Virus Vivos. Ya se ha pedido a los gobiernos que envíen a las personas por ellos designadas para este cursillo, que se dará en español e inglés. Los candidatos han de tener un título universitario, seis meses por lo menos de experiencia en virología y trabajar en un programa relacionado con la inspección de vacunas. El período de admisión de alumnos terminó el 15 de septiembre, pero se considerarán las propuestas ulteriores si todavía quedan plazas.

Bibliografía Seleccionada

A continuación se citan una serie de artículos sobre las enfermedades y vacunas del PAI que han sido seleccionadas por su posible interés a los lectores del boletín. Copias de dichos artículos pueden obtenerse, sin cargo, mediante solicitud por escrito al editor.

1. "Measles Antibody Prevalence in Diverse Populations". Black, Francis L.
Am J of Diseases of Children, Vol. 103, Mar. 1962.
2. "Repercusiones de la vacunación contra el sarampión". Verduzco Guerrero E, Calderón C, Velázquez Franco E.
Salud Pub Mex, XVI: 707, 1974.
3. "Prevalencia relativa de los poliovirus en la Ciudad de Lima (de Enero de 1965 a Enero 1966)". Celiz Gutiérrez E, Nicho Nicho NE, Cuadra M.
An Fac Med Lima, 49:369-76, 1966.
4. "Enterovirus Surveillance Following a Community-Wide Oral Poliovirus Vaccination Program: A Seven Year Study". Horstmann DM, Emmons J, Gimpel L, et al.
Am J Epid, 97: 173, 1973.
5. "Problems of poliomyelitis immunization in countries with warm climates". Montefiore, DG
III. A. Poliomyelitis, 182-185
6. "Whooping Cough in Nigerian Children" Morley D., Woodland M., Martin WJ.
Tropical Geo Med, 18: 169-186, 1966.
7. "Vacunas Actuales y Futuras para Prevenir Enfermedades Bacterianas". Smith DH, Peter G.
Clin Ped de N Am, ___: 387, 1972.
8. "Changing incidence of fatal tetanus of the newborn". Berggren WL, Berggren GM.
Am J Tro Med Hyg, 20:491-494, 1971.
9. "Estudio epidemiológico del tétanos en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife". Sierra López A, Quintana Alberola A.
Rev San Hig Pub (Madrid), 48:429-39, 1974.
10. "The Uses of Mixed Diphtheria-Pertussis-Tetanus Antigens". Cockburn WC.
Bull Wld Health Org, 13:409-422, 1955.

El Boletín Informativo del PAI es una publicación periódica preparada por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la OMS. Tiene el propósito de crear una corriente de ideas e información relativas a los programas de inmunización en la Región a fin de facilitar el intercambio de problemas y soluciones.

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

Editor: Dr. C.A. de Quadros
Editor Adjunto: P. Carrasco
Ayudante Editorial: K. Fitch

Contribuidores a este número: Dr. J. Finkelman, OPS
Dr. G. Tawil, OPS
Dr. C.H. Tigre, OPS



Programa Ampliado de Inmunización
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., NW
Washington, D.C. 20037
E.U.A.