



# Boletín Informativo PAI

## Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XIV Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 1992

### ¡Un año sin polio en las Américas!

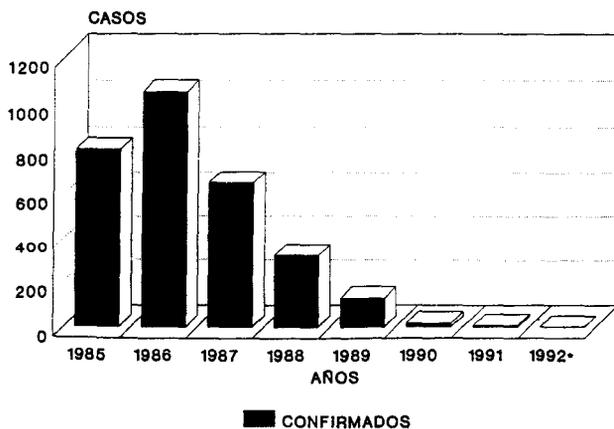
El 23 de agosto de 1992 se cumplió el primer año libre de poliovirus salvaje en la Región de las Américas. El último caso detectado ocurrió en Junín, Perú el 23 de agosto de 1991.

Este logro ha sido posible gracias a la campaña de erradicación lanzada por el Director de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, en mayo de 1985. Las principales estrategias utilizadas son las Jornadas Nacionales de Vacunación con vacuna oral anti-polio miélica y vigilancia intensificada de los casos de las parálisis flácidas notificadas. Con esto se logró reducir el número de casos de poliomielitis causada por el virus salvaje de alrededor de mil casos notificados en 1986, a nueve en 1991 (ocho en Colombia y uno en Perú), desde el virus aislado del caso peruano, no se han aislado más virus salvajes en la Región (Figura 1).

Cuando comenzó el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en 1978, menos del 25% de los niños de la Región de las Américas estaban vacunados contra las principales enfermedades de la niñez (polio, sarampión, difteria, tétanos, pertussis y tuberculosis). Para 1991, las coberturas globales han excedido el 75% de la población de menores de un año.

El trabajo ha sido posible gracias al respaldo mancomunado de varias agencias colaboradoras, a un costo aproximado de 542 millones de dólares (EUA). Los gobiernos de los países han aportado cerca de 430 millones y el resto ha provenido de las agencias colaboradoras que incluyen a la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), el Rotary Internacional, UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia Canadiense de Salud Pública (CPHA).

Figura 1. Casos confirmados de poliomielitis  
Región de las Américas, 1986 - 1992\*



\* Datos para 1992 son hasta la semana 34  
\*\* Fuente: PESS/OPS

#### En este número:

¡Un año sin polio en las Américas!	1
Aceleración del PAI en Centroamérica	2
Manipulación de frascos abiertos de vacunas	4
Afiches utilizados en las campañas contra el sarampión de Chile y Brasil	5
Primeras Damas se reúnen en apoyo a la infancia	6

Además de las jornadas nacionales de inmunización, se ha hecho uso extenso de comunicación social para informar al público y movilizar a la población. La OPS ha establecido un impresionante sistema de vigilancia de parálisis flácidas agudas que incluye más de 20 000 unidades de salud que notifican casos semanalmente. A esto se suma una red de laboratorios para apoyo de diagnóstico.

El desafío actual es mantener el ímpetu expandiendo las coberturas vacunales, consolidando la erradicación y alcanzando el control y la eliminación de las otras enfermedades de la infancia. La OPS ha nombrado una Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación que verificará la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje. Se estima que la Comisión terminará su labor en 1995. En el intertanto, se deben mantener altos niveles de cobertura y de vigilancia, y deben transcurrir tres años sin casos confirmados de polio antes de que la Región de las Américas pueda ser certificada como libre del poliovirus salvaje. ¡Ya ha pasado uno de éstos tres años, continuemos la labor y escribamos la historia!

Diagnóstico diferencial de las PFA	6
Brasil dona vacuna para la campaña antísarampión de Centroamérica	6
Casos notificados de enfermedades del PAI	7
Nueva colaboración externa al Plan de Acción PAI 1992	8

# Aceleración del PAI en Centroamérica

La Octava Reunión Centroamericana para la revisión de los avances del Programa Ampliado de Inmunización, la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del tétanos neonatal y el control del sarampión, se llevó a cabo en la ciudad de Panamá, del 18 al 19 de Agosto de 1992. Además de los países Centroamericanos participaron de la reunión México, Haití y la República Dominicana y el Laboratorio de Referencia para el Diagnóstico de Poliovirus, INCAP.

## Control-Eliminación del Sarampión

En los últimos tres años hubo epidemias de sarampión en cada uno de los países de las subregión, Costa Rica notificó 6 340 casos con 28 defunciones en 1991 (Cuadro 1). Tomando en cuenta que en esta subregión ocurren epidemias cada cuatro años, se estima que este año sea un período de "tranquilidad"; etapa más apropiada para desarrollar una acción masiva de vacunación que forma parte del Plan de Eliminación de esta enfermedad en Centro América para 1997. Por tener una proporción alta de municipios con coberturas menores del 80%, es importante asegurar el éxito de esta iniciativa. Para ello, es necesario un especial énfasis en la programación y el desarrollo de actividades complementarias de vacunación en estas áreas de alto riesgo.

Se discutieron las alternativas para la fase de ataque de la iniciativa de eliminación del sarampión en Centroamérica. Para esta actividad se vacunarían a todos los 13 100 000 niños entre nueve meses y 14 años de edad. Teniendo en cuenta la donación de siete millones de dosis de vacuna antisarampionosa por el Gobierno de Brasil se discutieron las alternativas de implementación del plan, ya que todavía son necesarias 6.5 millones de dosis para su total ejecución y todavía no se han identificado los recursos adicionales para llevar a cabo la fase de ataque. Con estos antecedentes se presentan dos alternativas que deben ser elevadas a la Reunión de la RESSCA en Septiembre 1993:

- Posponer la fase de ataque para el primer trimestre de 1993; o
- Desarrollar la fase de ataque en dos etapas:

b.1) Octubre - Noviembre de 1992, vacunación de los escolares (se pueden incluir otros grupos etáreos si se dispone de financiamiento) y

b.2) Marzo - Abril de 1993, vacunación de los pre-escolares y del resto de la población en edad escolar.

Se hace hincapié en la necesidad de la disponibilidad de los recursos para las dos etapas en Septiembre y Enero respectivamente.

Se informaron los resultados de las iniciativas de eliminación del sarampión en el Caribe de Habla Inglesa, Brasil y Chile así como los adelantos en el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica del sarampión en estos mismos países.

El reforzamiento de la vigilancia del sarampión es uno de los elementos esenciales y prioritarios para monitorear los adelantos del programa. Se tienen que desarrollar los elementos básicos de la vigilancia presentados en la Guía de Campo, particularmente difundir la definición de caso y preparar una ficha simple de investigación de casos. También se debe aprovechar la baja incidencia del sarampión

para utilizar estos instrumentos y recoger mejor información sobre cada caso de sarampión, lo que permitiría tener un mejor conocimiento de su epidemiología y optimizar las acciones de control.

## Erradicación de la Poliomielitis

Los últimos poliovirus salvajes aislados en la región Centroamericana fueron en Octubre de 1990, en Guatemala. En los demás países, se registraron en las siguientes fechas: Panamá 1972, Costa Rica 1973, Belice 1980, Nicaragua 1981, Honduras 1987 (último caso confirmado en 1989), El Salvador 1987 (último caso confirmado en 1989), Haití 1989 y México 1990.

A pesar de que la Región tiene los mejores indicadores de vigilancia epidemiológica de las Américas, se nota una tendencia al deterioro en estos y en las tasas de parálisis flácidas agudas. Además algunos países tienen que incrementar el número de unidades notificadoras, para incluir

**Cuadro 1. Casos de sarampión y tasas por 100 000 habitantes. Centroamérica, 1985 - 1992\***

	1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.
Costa Rica	1	0,04	4534	120,07	3869	141,46	347	12,39	33	1,12	75	2,55	6340	215,57	2100
El Salvador	1413	25,45	278	4,86	405	6,87	787	1291	16536	322,03	1124	21,89	751	14,63	330
Guatemala	2272	28,53	1650	20,13	400	4,74	182	2,10	2413	27,01	8819	95,87	206	2,18	26
Honduras	6476	148,09	603	13,36	977	20,95	619	12,89	6353	127,52	8360	177,24	95	1,92	23
Nicaragua	956	29,22	2550	75,33	792	22,62	314	8,67	381	10,17	18225	470,83	2867	71,69	1845
Panamá	4295	196,93	4199	188,55	1885	82,86	378	16,28	301	12,70	1891	79,79	2430	102,53	471
<b>TOTAL</b>	<b>15420</b>	<b>59,06</b>	<b>13938</b>	<b>51,88</b>	<b>8552</b>	<b>30,89</b>	<b>2701</b>	<b>9,48</b>	<b>26028</b>	<b>92,04</b>	<b>38,564</b>	<b>135,71</b>	<b>12,696</b>	<b>43,73</b>	<b>4835</b>

\* Datos hasta cerca de la semana 26 de 1992, terminada el 27 de junio.  
Fuente: OPS

las otras instituciones del Sector Salud. El esfuerzo ahora debe concentrarse en mejorar estos indicadores, en especial, la colecta de dos muestras adecuadas de heces de todo caso probable y de por lo menos cinco contactos. Se tiene que asegurar la conservación adecuada de estas muestras hasta su llegada al laboratorio de referencia y se propone como un elemento más, el control de la llegada de estas muestras de heces a los laboratorios en condiciones de temperaturas adecuadas.

De los 242 casos de PFA que se notificaron en Centroamérica en 1991, tres se clasificaron como compatibles y 239 se descartaron. De estos casos descartados las condiciones de toma de heces era la siguiente: 199 adecuadas, 34 inadecuadas y seis sin muestras. Es importante resaltar que los criterios de clasificación de los casos como polio compatible deben seguirse. Todo caso con muestras inadecuadas que presente secuela compatible o no con polio y/o que se pierda y/o que muera debe ser clasificado como compatible a no ser que se compruebe sin ninguna duda otra patología o diagnóstico, siendo la responsabilidad de la comisión de certificación de descartar estos casos en base a una adecuada documentación de la historia clínica.

Se presentó una evaluación de la base de datos PESS y se observó que para Centroamérica, más del 50% de los casos descartados no tenían las variables clínicas consideradas como críticas para una buena evaluación de los casos. Por lo tanto, para facilitar la labor de la Comisión de Certificación en el estudio de los casos problemáticos y no retrasar dicha Certificación por estudio incompleto de los casos, es de suma importancia que se disponga de todos los datos incluidos en el sistema de información, PESS.

Durante el período comprendido entre enero a julio de 1992, el INCAP recibió de los países Centroamericanos, Panamá y Belice, un total de 603 muestras correspondientes a 100 casos y sus contactos. Se ha procesado un total de 316 muestras (201 de casos y 115 de contactos) además de 597 muestras de un estudio en comunidades guatemaltecas de alto riesgo cuyos resultados se presentan por separado. De las muestras de casos, únicamente una de Belice no se procesó por ser inadecuada (hisopado en medio de transporte para bacterias) mientras que de las de contactos se ha procesado un 28% a solicitud de los epidemiólogos de la subregión.

Aunque las condiciones de las muestras han mejorado, aún persisten algunas deficiencias, sobre todo en cuanto a volumen, temperatura y notificación previa del envío. La tasa de aislamiento es de 36,3 % para casos y de 53,9 % para contactos, habiendo diferencias entre los países.

## Eliminación del Tétanos Neonatal

La meta de eliminación del tétanos neonatal (TNN) para el año 1995 se presenta cada vez más como una meta factible, tanto por los logros alcanzados, como por el alto respaldo político ofrecido por las primeras damas en aquellos países donde la enfermedad es endémica. Este importante apoyo al plan de eliminación del tétanos neonatal será anunciado oficialmente en septiembre en la próxima reunión de primeras damas de las Américas.

Se han registrado e investigado 106 casos de (TNN) en lo que va del año, en los países que acudieron a esta reunión, a excepción de Haití (Cuadro 2). En Costa Rica y Belice no se reportaron casos en 1992. Haití continúa sin un sistema de información para esta enfermedad, y también carece de acciones efectivas de vacunación con Toxoide Tetánico. Guatemala ha desarrollado su sistema de vigilancia. En México, la frecuencia de TNN en los trece municipios de más alto riesgo cayó de 32 casos en 1990, a 15 casos en 1991 y cero casos hasta Junio de 1992.

La observación de los datos anuales globales de casos de TNN, no permiten verificar el impacto de las medidas de control sobre la enfermedad. Esto se explica por el incremento en la calidad del sistema de vigilancia epidemiológica. Para superar este sesgo, se analizaron los datos a partir de las cohortes de municipios de riesgo. De esta manera se observa en Centroamérica, que en los 69 municipios identificados como de riesgo en 1989, la incidencia de TNN cayó de 115 casos en 1989 a 17 casos en 1991 y cinco casos en lo que va de 1992. Este descenso se debe a las actividades masivas de vacunación a mujeres en edad fértil con TT2 que se ha llevado a cabo en los países Centroamericanos.

El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá presentaron los resultados de estudios especiales, encaminados a mejorar la calidad del sistema de vigilancia epidemiológica y determinar con mayor sensibilidad áreas "silenciosas" y de alto riesgo para el tétanos neonatal. Estos

**Cuadro 2. Casos de tétanos neonatal y tasas por 1 000 nacidos vivos. Centroamérica, 1985 - 1992\***

	1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.
El Salvador	52	0,32	39	0,21	26	0,14	33	0,66	28	0,54	25	0,48	18	0,07	16
Guatemala	17	0,05	8	0,09	24	0,08	29	0,1	113	0,38	50	0,16	15	0,04	6
Honduras	20	0,1	24	0,14	21	0,12	4	0,02	20	0,11	39	0,23	18	0,23	9
Nicaragua	30	0,27	28	0,22	32	0,24	26	0,17	17	0,1	15	0,09	11	0,07	4
Panamá	12	0,16	12	0,16	7	0,09	7	0,09	12	0,11	5	0,06	6	0,09	3
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>		<b>111</b>		<b>110</b>		<b>99</b>		<b>190</b>		<b>134</b>		<b>68</b>		<b>38</b>

\* Datos hasta la semana 26 de 1992, terminada el 27 de junio.  
Fuente: OPS

estudios incluyen "Vigilancia Local", evaluación de factores de riesgo para la búsqueda activa de la enfermedad.

A partir de las presentaciones realizadas se recomendó lo siguiente:

En los municipios que han reportado casos de tétanos neonatal en el período 1985-1992, debe efectuarse seguimiento a las cohortes de mujeres en edad fértil susceptibles, hasta que el 100% de ellas sean vacunadas con al menos dos dosis de toxoide tetánico.

Asegurar que se inicien o aceleren las actividades de vacunación con toxoide tetánico de todas las mujeres en edad fértil, en todas las áreas de riesgo que han sido identificadas. Asimismo, identificar las medidas necesarias para efectuar la evaluación del impacto de las actividades a fin de que sean presentadas en la próxima reunión.

Es imprescindible efectuar monitoreo de coberturas con TT2 a nivel municipal, en las mujeres en edad fértil, así como mejorar el registro de la información de atención a neonatos a nivel de todos los hospitales en áreas de riesgo.

La totalidad de casos de tétanos neonatal notificados deben ser investigados, dedicando especial atención a la información básica de los mismos: procedencia, edad del paciente, historia de vacunación con toxoide tetánico de la madre previa al parto.

A través de las informaciones disponibles, seguir los estudios especiales para mejorar la especificidad y sensibilidad del sistema de vigilancia.

Finalmente, se recomendó que se inicie el acercamiento con los asesores de las primeras damas o sus equivalentes en cada país para incorporarlos como apoyo a las actividades del PAI.

## Coberturas de vacunación

Para el primer semestre de 1992, las coberturas de vacunación en los niños menores de un año en comparación con las de 1991 excepto Costa Rica, muestran un descenso. Se puede observar que El Salvador y Guatemala no alcanzaron para el mismo período, coberturas adecuadas para todos los biológicos del PAI.

Por primera vez todos los países presentes presentaron cobertura de vacunación por municipio tanto para OPV3 que para vacuna anti-sarampionosa. Sin embargo, es preocupante que más del 50% de los municipios de la región todavía presentan coberturas por debajo del 80% lo que no puede asegurar el control/eliminación de las enfermedades inmunoprevenibles.

Es necesario que se orienten las acciones y recursos a estas áreas de alto riesgo a fin de recuperar estas coberturas y alcanzar cifras superiores al año anterior.

## Manipulación de frascos abiertos de vacunas

Aunque las vacunas contienen químicos o preservativos para estabilizar y asegurar la inocuidad de la vacuna al momento de su producción no hay garantía que estas sustancias puedan matar microbios que pueden contaminar un frasco de vacuna después de ser abierto. El efecto máximo que se puede esperar de dichas sustancias es minimizar la proliferación de micro organismos. Contaminación microbiana en un frasco abierto de vacuna podría causar infecciones en las personas vacunadas a pesar de estar almacenadas en el refrigerador.

La tasa de contaminación de frascos de dosis múltiples está estimada en 0% hasta 8%. La tasa de contaminación depende de: 1. la habilidad de la persona que mete la aguja en el tapón; 2. el cuidado y la frecuencia con que los frascos de dosis múltiples son penetrados para aspirar vacuna, el tamaño de la aguja y el tiempo que la aguja permanece en el tapón; 3. la calidad del material de la tapa o tapón puede influenciar si la tapa resiste perforaciones múltiples sin que el material de la tapa se fragmente; 4. la finura de la aguja y su diámetro; 5. los conocimientos de las personas sobre el manejo de equipos estériles.

El objeto de cada aplicación de una dosis de vacuna es aplicarla de la forma más estéril posible sin hacer daño a la persona, y con una vacuna que no esté contaminada.

Por lo tanto, la OPS recomienda el siguiente tiempo de almacenamiento para frascos de vacuna después de ser abiertos y ser almacenadas a una temperatura entre 0 y 8 grados centígrados.

VACUNA	TIEMPO
<i>Antisarampionosa, MR, MMR, Rubéola</i>	8 horas
<i>Antipoliomiéltica</i>	8 horas
<i>BCG</i>	8 horas
<i>DPT, DT, TT</i>	5 días
<i>Hepatitis B</i>	5 días
<i>Haemophilus (HBCV)</i>	8 horas
<i>Fiebre Amarilla</i>	8 horas

Los países que desean usar otra norma que permita almacenar frascos abiertos para más tiempo deben tener programas de control rutinario para asegurar que no esten contaminados.

**Afiches utilizados en las campañas  
contra el sarampión de Chile y Brasil:**



De 25 de abril a 22 de maio, vacinação nacional. De 9 meses a 14 anos de idade.

O Brasil Unido Contra O  
**SARAMPO**

MINISTERIO  
DA SAUDE



**CAMPAÑA NACIONAL  
DE VACUNACION  
ANTISARAMPION**

**Chile, 6 al 16 de Abril de 1992**

DISTRIBUCION GRATUITA

# GRACIAS

**CON ESTA VACUNA,  
USTED AYUDA A CHILE A DECIRLE  
CHAO AL SARAMPION**

*Mamá,*

Entre cinco y doce días después de la vacuna, su hijo puede tener algunas reacciones normales.

Estas pueden ser fiebre, romadizo o puntitos rojos en la piel. No se preocupe, en general, no duran más de un día. Puede cuidarlo usted misma en su casa.

Para la fiebre, déle bastante líquido o colóquele paños tibios en la frente. Observe cómo reacciona.

Si las molestias no pasan, vaya al consultorio o posta más cercano a su domicilio.

**MINISTERIO DE SALUD**  
*La vida es lo primero*

## Primeras Damas se reúnen en apoyo a la infancia

La reunión histórica se celebrará del 23 al 25 de septiembre de 1992 en Cartagena, Colombia. Las Primeras Damas de las Américas se reunirán con representantes de OPS, UNICEF, UNFPA y organismos no gubernamentales. Se espera que durante ésta se expongan las metas de la Cumbre Mundial para la Infancia, la importancia de los Programas Nacionales de Acción para la infancia y los nexos de éstos con la Convención sobre los Derechos del Niño. El objetivo principal de la reunión es que las Primeras Damas dediquen gran parte del tiempo a intercambiar puntos de vista acerca de las iniciativas que apoyarán.

La OPS y UNICEF les han pedido que se sumen activamente al trabajo para la eliminación del tétanos neonatal, la promoción de la lactancia materna y la prevención del embarazo precoz. Cabe destacar que dentro de las metas establecidas por la Cumbre, estaba la eliminación del tétanos neonatal para 1995. Los programas descritos que están siendo ejecutados en casi todos los países de América Latina y el Caribe, y la idea es obtener la participación de la Primera Dama de cada país, según corresponda, para que contribuya con su esfuerzo al logro de las metas establecidas en cada área. Se espera que la Reunión culmine con una declaración oficial al respecto.

## Diagnóstico diferencial de las parálisis flácidas agudas

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con el Sector de Neuroepidemiología de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, realizarán una reunión para discutir el diagnóstico diferencial de las parálisis flácidas agudas, de 14 al 16 de septiembre de 1992.

El propósito de la reunión será evaluar los casos de parálisis flácida aguda y de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) que han sido notificados al sistema de vigilancia para la erradicación de la poliomielitis, establecido por la OPS. Participarán algunos de los neurólogos que han colaborado en forma más activa con el programa de erradicación y que incluso han participado de las reuniones de neurólogos pediatras que el PAI está realizando en la Región desde

1989. Cada neurólogo presentará un estudio de parálisis flácidas agudas y SGB realizado en su país. También se presentarán estudios acerca de otras causas de parálisis flácidas agudas, como la intoxicación por *Karwinskia* o pesticidas, el SIDA, la neuritis traumática, etc. y algunos estudios neuropatológicos del SGB en niños.

Se espera que esta reunión aumente el caudal de información disponible acerca de las parálisis flácidas agudas, a la vez que sirva para actualizar los criterios de diagnóstico.

Todos los documentos presentados y el informe final serán publicados como parte de los documentos de la Serie Técnica de la OPS.

## Brasil dona vacuna para la campaña antisarampionosa de Centroamérica

El gobierno de Brasil ha hecho una donación de siete millones de dosis de vacuna antisarampionosa para la primera fase de ataque de la iniciativa Centroamericana de eliminación del sarampión. En el Cuadro presentado a continuación se desglosan las donaciones que se han hecho a cada país.

Cuadro 1. Dosis de vacuna antisarampionosa donadas por el Gobierno de Brasil a los países centroamericanos

País	Populación	%	Número de dosis requeridas	Número de dosis Donadas
Guatemala	3.975.000	32	4.300.000	2.240.000
El Salvador	2.887.500	18	2.500.000	1.260.000
Honduras	2.225.000	18	2.400.000	1.260.000
Nicaragua	1.675.000	13	1.800.000	910.000
Costa Rica	1.300.000	10	1.400.000	700.000
Panamá	1.037.500	9	1.100.000	630.000
<b>TOTAL</b>	<b>13.100.000</b>	<b>100</b>	<b>13.500.000</b>	<b>7.000.000</b>

Fuente: OPS

# Casos notificados de enfermedades del PAI

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

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatal		Neonatal					
						1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991
<b>AMERICA LATINA</b>													
<b>Región Andina</b>													
Bolivia	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	...	...	...	0	8	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	11 ene.	...	...	0	0	...	...	...	...	1	...	...	...
Perú	...	...	...	0	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	18 abr.	3 921	5 283	0	0	19	28	7	8	0	0	115	274
<b>Cono Sur</b>													
Argentina	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	15 feb.	198	166	0	0	2	3	0	0	2	1	21	11
Paraguay	13 jun.	120	167	0	0	10	...	6	...	2	1	75	21
Uruguay	13 jun.	163	218	0	0	3	0	0	0	0	0	25	30
Brasil	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Centroamérica</b>													
Belice	15 ago.	5	7	0	0	...	...	1	1	...	...	0	2
Costa Rica	29 feb.	952	...	0	0	...	...	...	...	...	...	1	...
El Salvador	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	23 mayo	26	107	0	0	6	11	...	...	0	0	76	32
Honduras	21 mar.	6	39	0	0	8	...	7	4	0	0	52	10
Nicaragua	29 feb.	271	...	0	0	5	...	2	...	0	0	27	...
Panamá	25 abr.	314	1 738	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4
México	1 ago.	549	20	0	0	104	0	31	1	0	0	48	5
<b>Caribe Latino</b>													
Cuba	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	11 jul.	4 558	324	0	0	18	24	2	3	7	9	0	0
<b>CARIBE INGLES</b>													
Antigua y Barbuda	6 jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	6 jun.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Barbados	18 jul.	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Dominica	6 jun.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grenada	6 jun.	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyana	6 jun.	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	6 jun.	12	243	0	0	0	0	0	0	0	1	...	...
San Cristóbal/Nieves	6 jun.	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y Granadinas	6 jun.	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	13 jun.	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	6 jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	27 jun.	66	83	0	0	5	7	0	0	0	1	0	4
<b>NORTEAMERICA</b>													
Canadá	28 mar.	311	743	0	0	2	0	0	0	2	0	521	637
Estados Unidos	20 jun.	25	5 843	0	0	4	11	0	0	1	1	53	902

... No se dispone de datos.

# Nueva colaboración externa al Plan de Acción PAI 1992

Dentro de los fondos comprometidos para ejecutar los planes de acción del PAI para 1992, se incluyen más de cuatro millones de dólares para los países de la Región que están siendo otorgados para proyectos tan diversos como las operaciones de barrido, equipamiento de la cadena de frío, asesorías de consultores para propósitos específicos, capacitación, cobertura de vacunación, etc. A continuación se resumen algunas de las contribuciones más importantes.

Para Bolivia, el Comité de las Organizaciones para el Servicio Voluntario (COSV, dependiente de la Cooperación del Gobierno Italiano), ha otorgado EUA\$170 000 para equipamiento de la cadena de frío en La Paz. En El Salvador, el PRODERE está colaborando con EUA\$160 000 para el fortalecimiento del programa regular de vacunación a través de la compra de equipos de cadena de frío y capacitación al personal de salud en cuanto al PAI y la vigilancia de las inmunoprevenibles con énfasis en las áreas de intervención del PRODERE y ex-conflictivas (Departamento Morazán, San Miguel, Chalatenango) y PROSAMI ha comprometido EUA\$66 155 para propiciar la capacitación y vinculación de 83 ONGs en las actividades regulares de inmunización a través de talleres de capacitación. Además, se incluye la dotación de equipos de cadena de frío e insumos para actividades de inmunización a nueve ONGs; capacitación en cuanto al PAI a 94 promotores de salud vinculados a ONGs, la capacitación de 300 voluntarios de la comunidad para participar en

actividades de vacunación, y apoyo en movilización y viáticos a 400 personas durante la ejecución de las dos jornadas de vacunación.

En Guatemala, el proyecto de Cooperación Holandesa (Proyecto Subregional de Ingeniería y Mantenimiento) está apoyando con EUA\$280 000 para apoyo al mantenimiento de la cadena de frío a nivel subregional, mientras que en Honduras, la Cooperación Española ha comprometido EUA\$200 000 a la Organización Nacional de Control de Biológicos.

En el Perú, el Gobierno Sueco se ha comprometido a donar EUA\$2 676 556 para la implementación de la cadena de frío y en Nicaragua, el Banco Interamericano de Desarrollo tiene en estudio un proyecto de compra de equipos y repuestos para la misma cadena de frío, por un monto de EUA\$100 000.

Las otras agencias colaboradoras incluyen el Proyecto Integrado de Salud (PROISS) del Banco Mundial, los Clubes Rotarios locales, la agencia 'Save the Children' del Reino Unido, el Fondo Cristiano para la Infancia, la Cooperación Italiana, el UNFPA, JICA, la Comunidad Económica Europea, la Cooperación Francesa, el Proyecto HOPE y diversas ramas de los gobiernos de los países de la Región. A estos se suman los colaboradores tradicionales del PAI, tales como el USAID, UNICEF, Rotary Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Asociación Canadiense para Salud Pública (CPHA).

---

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

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



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

Editor:                   Ciro de Quadros  
Editora Adjunta:       Roxane Moncayo Eikhof

ISSN 0251-4729