



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXV, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 2003

Reunión de Gerentes del PAI del Caribe, del 17 al 20 de noviembre de 2003

La 20.^a Reunión de Gerentes del PAI del Caribe se celebró en Curazao, Antillas Holandesas, del 17 al 20 de noviembre de 2003. Acudieron a la reunión más de sesenta funcionarios de salud de 25 países del Caribe de habla inglesa, Suriname, Antillas Holandesas, Aruba, los departamentos franceses de Guadalupe, Martinica y Guayana Francesa, los Estados Unidos y las Islas Vírgenes de los EUA, Canadá y el Reino Unido. Estuvieron presentes varios representantes de las Antillas Holandesas. El personal y los consultores de inmunización de la OPS, así como el personal del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (CPC) también asistieron.

Logros en la subregión

El control de las enfermedades prevenibles por vacunación sigue siendo ejemplar en los países de la subregión: felicitaciones a todos ellos por su labor. No se confirmó ningún caso de sarampión hasta la semana 43 de 2003, a pesar de la vigilancia cuidadosa, y no hubo ningún caso confirmado de rubéola en 2002

ni 2003 hasta la fecha (figura 1). El último caso de síndrome de rubéola congénita (SRC) ocurrió en Suriname en 1999.

Más de 90% de los países de la subregión están aplicando una estrategia de vacuna triple SRP en dos dosis. Esos países deben medir la cobertura de cada dosis y calcular el número de niños que han recibido dos dosis o una dosis, o que no han recibido ninguna dosis de la vacuna. La cobertura de la segunda dosis de vacuna triple SRP debe ser de 95% o mayor, a fin de prevenir la acumulación de personas susceptibles. Si hay un número considerable

de niños susceptibles que no se han protegido mediante la segunda dosis, después debe llevarse a cabo una campaña de actualización adicional. Respecto al sarampión y a la rubéola, la importación sigue siendo el riesgo mayor para la reaparición.

Diecisiete de veintiún países han completado y presentado los inventarios de laboratorio, y sólo un laboratorio (CAREC) posee material potencialmente infeccioso respecto al poliovirus salvaje. Las tasas de parálisis flácida aguda (PFA) han permanecido constantes y han mejorado indicadores como el momento oportuno y el carácter integral de la toma de muestras. Deben mantenerse estas mejoras.

Deben mantenerse estas mejoras.

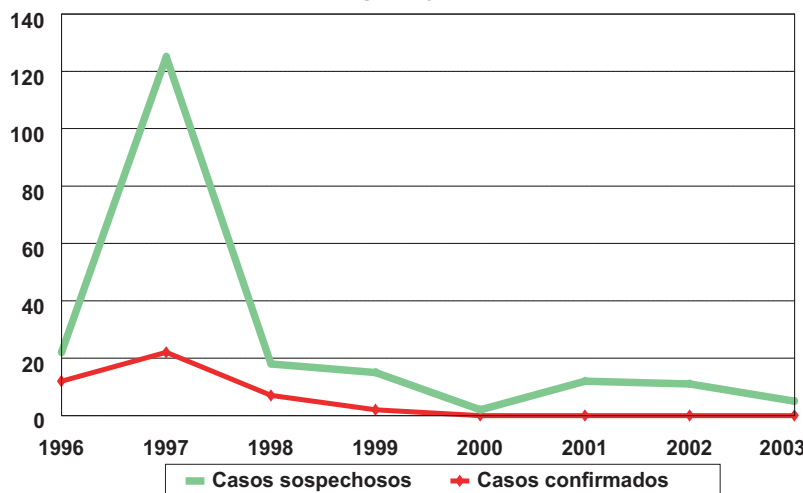
Retos

Debe fortalecerse la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, especialmente de las mujeres que contraen rubéola en el embarazo. La proporción de muestras clínicas recibidas en 5 días sigue siendo muy baja y debe aumentarse (figura 2). Si la primera muestra se toma en los tres primeros días posteriores a la aparición de los exantemas en una

mujer embarazada o se toma de casos en conglomerados de fiebre/exantema y es negativa respecto a la prueba de IgM, se debe obtener una segunda muestra.

Cada muestra enviada para la prueba de IgM de sarampión y rubéola debe tener un número de identificación de caso epidemiológico. La evaluación revela que algunos países no cuentan con financiamiento ni con un mecanismo establecido para el transporte de las muestras en su territorio. Se está haciendo todo lo posible para alentar a los países a que envíen las muestras

Figura 1. Casos sospechosos y confirmados de SRC notificados Caribe de habla inglesa y Suriname, 1996-2003



Fuente: informes de los Ministerios de Salud a CAREC-PAI

*Semana 43

En esta edición:

Reunión de Gerentes del PAI del Caribe, del 17 al 20 de noviembre de 2003	1
Evaluación de los datos de cobertura en Bolivia: garantía de equidad y justicia social	2
Resumen de la evaluación del PAI de Nicaragua, noviembre de 2003.....	5

Paraguay aprueba una ley de vacunas	6
Resumen anual de los indicadores de vigilancia de la poliomielitis y el sarampión.....	7
Ley de Paraguay sobre las vacunas	8

Objetivos de la reunión

Además de los análisis del programa del PAI y la formulación de los planes de trabajo anuales para el año 2004 de cada país, los objetivos principales de la reunión fueron:

- Análisis del estado de la erradicación del sarampión, haciendo hincapié en las actividades de la campaña de mantenimiento y el sistema de vigilancia integrada de fiebre/exantema.
- Evaluación del estado de la eliminación de la rubéola/SRC en los países.
- Mantenimiento de la erradicación del poliovirus salvaje en cada país.
- Análisis del estado del PAI en cada país.
- Establecimiento de metas y objetivos de cada país en lo referente a la cobertura de vacunación y reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades del PAI para el año 2004.
- Examen del estado/mejoramiento de la vigilancia de las reacciones adversas, la hepatitis B y las infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Examen del estado de la puesta en práctica del sistema de Vigilancia de Infecciones Bacterianas Invasoras (IBIS por su sigla en inglés) en varios países.
- Actualización de la información sobre temas científicos particulares de interés común, incluidos inmunización, prestación de servicios y vigilancia de sarampión/rubéola y otras enfermedades objeto del PAI.
- Elaboración de planes de acción de los países con presupuestos concretos para cada actividad, a fin de lograr las metas y los objetivos establecidos para 2004.

al laboratorio de CAREC lo más rápido posible y establezcan mecanismos para el transporte de muestras en su territorio. La tipificación molecular de los virus de rubéola aislados facilitará una mejor comprensión de la fuente de brotes de rubéola, casos de SRC y variaciones de la cepa de virus de la rubéola. Hasta la fecha, se han presentado pocas muestras virológicas para la tipificación molecular. Los países que emprendan la labor de eliminación de la rubéola deben documentar las cepas para determinar si los casos son autóctonos o importados.

El sistema IBIS implantado en cinco países —Barbados, Guyana, Jamaica, San Vicente y Trinidad y Tabago— requiere apoyo técnico adicional para que perdure.

Los programas de vacunación en el Caribe están haciendo frente a retos considerables para el logro y el mantenimiento de una cobertura de vacunación alta en un clima de reforma y dificultades económicas en el sector de la salud. En los países más grandes,

debe aumentarse la cobertura de vacunación general. Además, en algunos países existen focos de cobertura de vacunación baja. Así mismo, los gobiernos deben hacer todo lo posible para que

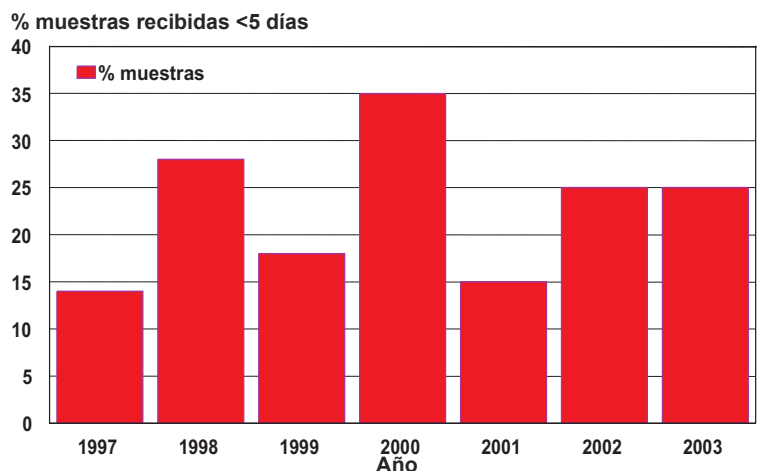
las facturas de los suministros de vacunas se paguen oportunamente (es decir, en el plazo de 60 días). Si los suministros no se pagan cumplidamente, el mantenimiento de la vacunación ordinaria correrá peligro y la escasez, en vez de ser local, puede generalizarse.

Conclusiones

La gestión y la supervisión eficaces de la ejecución de los planes de acción del PAI en cada país siguen siendo la piedra angular del programa del Caribe. Se debe felicitar a los gerentes del PAI que participan en esta reunión por su labor incansable para

llegar a todos los niños y protegerlos de las enfermedades prevenibles por vacunación. Al mismo tiempo, los gobiernos deben mantener la inmunización en uno de los primeros lugares de su lista de prioridades.

Figura 2. Porcentaje de muestras recibidas en el laboratorio de CAREC <5 días, 1997-2003*
Caribe de habla inglesa y Suriname



Fuente: informes de MESS de los ministerios de salud a CAREC *Semana 43

Evaluación de los datos de cobertura en Bolivia: garantía de equidad y justicia social

Antecedentes

Bolivia está ubicada en el centro de América del Sur y se divide políticamente en nueve departamentos; cada departamento se subdivide en provincias y luego en municipios. Según el último censo, realizado en 2002, Bolivia tiene 8.274.325 habitantes y registra tasas persistentemente altas de mortalidad y morbilidad neonatales en las zonas rurales y urbanas de todo el país, y una red débil de sistemas de salud.

En los últimos años, las tasas de cobertura de vacunación han aumentado continuamente en este país y han sido de más de 80% a nivel nacional. En consecuencia, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Bolivia actualmente está ampliando el análisis de los datos de cobertura de vacunación. Para determinar con certidumbre si las tasas de cobertura del país son suficientemente altas para lograr cobertura universal, se llevó a cabo un análisis usando un método de pasos múltiples. Este método ayuda

a promover la equidad y la justicia social al incluir a poblaciones de los municipios más pobres y más remotos.

Metodología

Los datos de vacunación (número de dosis y cobertura) usados en este análisis se obtuvieron principalmente del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que constituye la fuente oficial de información sanitaria en Bolivia. También se utilizaron los denominadores de población oficiales generados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como la información generada por el PAI en Bolivia con respecto a supervisión, monitoreo rápido de la cobertura y búsqueda activa a niveles institucional y comunitario.

El análisis se dividió en cuatro pasos:

- Análisis de denominadores de población.
- Análisis de cobertura de vacunación.
- Uniformidad de datos (análisis): consideración del número total de dosis administradas, estudio de municipios según el número de habitantes, cobertura de vacunación en los servicios de salud y tasas de deserción.
- Examen de los resultados de las principales herramientas para el apoyo de gestión del PAI.

Resultados

1. Análisis de denominadores de población:

Dado que las cifras oficiales de población utilizadas para calcular la cobertura de vacunación no están vinculadas a la tasa de crecimiento de la población ni a la composición por edades de la población, los denominadores de población son incongruentes (cuadro 1). Hasta 2002, estos datos de población eran proyecciones oficiales basadas en el censo nacional de 1992. Sin embargo, el censo de 2002 indicó que estas proyecciones no correspondían a la realidad. En los cinco últimos años que precedieron al censo de 2002, se sobreestimaron las cifras de población. Los datos a nivel nacional procedentes del censo de 2002 son oficialmente fiables, pero quizá no lo sean a nivel de municipio, donde parece que los datos de población se han sobreestimado en muchos casos. Se hicieron ajustes respecto a 2004 que han distorsionado aún más este denominador y la situación se repite a nivel municipal.

Tabla 1. Población <1 año y 1 año de edad Bolivia, 1998-2004

Año	Población <1 año	Población 1 año
1998	247 883	240 135
1999	249 619	242 369
2000	251 349	244 605
2001	249 898	243 133
2002	211 361	218 884
2003	217 232	224 965
2004	255 655	250 951

Fuente: INE

2. Análisis de las tasas de cobertura de vacunación:

Respecto a los años 2001-2002, las tasas de cobertura departamental con la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (vacuna triple SRP) fueron superiores a 100% en los niños de 12 a 23 meses de edad en ocho de los nueve departamentos del país (cuadro 2), lo cual pone de relieve la inexactitud de los cálculos de población en los denominadores. No obstante, más de un tercio de los municipios del país no alcanzaron la cobertura adecuada (cuadro 3). Esta discrepancia

se debe a que los municipios con cobertura superior a 100% representan 73% del número total de municipios. Por otro lado, en 36% de los municipios con una cobertura inferior a 95% viven solo 20% de los niños de 12 a 23 meses de edad del país.

Tabla 2. Cobertura con SRP. Bolivia, 2002

Departamento	Dosis administradas	Cobertura (%)
La Paz	59 008	106,3
Cochabamba	48 933	124,9
Santa Cruz	57 798	101,2
Oruro	10 684	116,7
Potosí	21 579	109,9
Tarija	9 804	97,0
Chuquisaca	16 969	109,8
Beni	11 669	106,5
Pando	1 979	114,5
Total	238 423	108,9

Tabla 3. Número de municipios por cobertura con SRP Bolivia, 2002

Cobertura (%)	No. de municipios (%)
<60	11 (3,5%)
60 – 79	34 (10,8%)
80 – 94	70 (22,2%)
≥95	200 (63,5%)
Total	315

La cobertura nacional con la vacuna pentavalente en 2002 fue de 93% y las tasas por departamento oscilaron entre 81% y 117%. A nivel nacional, 5% de los niños viven en los municipios cuya cobertura con la vacuna pentavalente es inferior a 80%. En algunos departamentos, es superior el porcentaje de niños que viven en los municipios cuya cobertura con la vacuna pentavalente es inferior a 80%, por ejemplo Beni (25%) y Pando (53%).

3. Análisis de uniformidad de datos:

Un municipio se considera en riesgo cuando tiene una cobertura inferior a 80% con 3 dosis de la vacuna pentavalente y una cobertura inferior a 95% con la vacuna triple vírica SRP. Es importante señalar que 49% de la población total del país está concentrada en 10 municipios solamente y, en 2002, ninguno de estos municipios se consideró en alto riesgo. La distribución de los municipios según el tamaño de la población indicó que 170 (54%) de un total de 315 municipios tenían menos de 10.000 habitantes y, entre esos municipios, 44 (75%) estaban en riesgo. Este hallazgo explica la coexistencia de tasas de cobertura nacional altas y la persistencia de municipios en riesgo. Vale la pena mencionar que aunque 112 municipios siguen en riesgo, la tasa de cobertura nacional podría alcanzar 95%, ya que hipotéticamente la cobertura podría llegar a 100% en el resto de los municipios. Este hecho es inquietante porque los niños que viven en municipios en riesgo tienen los mismos derechos que los que viven en municipios grandes que tienen acceso a la red de servicios de salud; por lo tanto, los niveles de cobertura no deben ser sustancialmente diferentes en estos municipios en riesgo si en realidad el PAI está logrando equidad en la prestación de servicios de inmunización.

El número de dosis administradas de vacuna pentavalente y triple vírica SRP aumentó progresivamente en 1998-2001 y luego disminuyó levemente en 2002 (cuadro 4). Este resultado corrobora las deficiencias del denominador y también refleja las actividades sostenidas de inmunización que se realizaron en Bolivia. Al mismo tiempo que la cobertura de vacunación

ha venido disminuyendo, el número de dosis administrada ha venido aumentando. Las tasas de cobertura con vacunas administradas en establecimientos de salud han permanecido constantes desde 1998 y han oscilado entre 51% en 1999 y 60% en 2002. Las tasas de deserción disminuyeron de 13% a 7% en 1998-2001. Actualmente, todos los departamentos registran tasas de deserción inferiores a 10%, con la excepción de Santa Cruz (11,6%).

Tabla 4. Cobertura con SRP y Pentavalente y dosis administradas. Bolivia, 1998-2002

Año	Pentavalente		SRP	
	Dosis	Cobertura	Dosis	Cobertura
1998	190 568	76,9	240 068	139,0
1999	217 104	87,0	242 305	142,8
2000	223 723	89,0	244 580	123,7
2001	231 572	92,1	244 589	108,8
2002	220 049	104,1	218 884	108,9

4. Examen de los resultados de las herramientas de gestión del PAI:

Las principales herramientas de apoyo de gestión del PAI son el monitoreo rápido de la cobertura (MRC), las visitas de supervisión y la búsqueda activa a niveles institucional y comunitario. Desde enero hasta septiembre de 2003, se realizó el MRC en 180 municipios (57%); también se realizó en 79% de los municipios de alto riesgo del país. Esta práctica permite hacer ajustes y ejecutar actividades de inmunización cuando los resultados no satisfacen las expectativas. Sin embargo, el MRC no es una encuesta de cobertura de vacunación, por lo cual los resultados no pueden generalizarse al resto de la zona o localidad. Aun así, proporciona información muy útil para evaluar la calidad de las actividades de inmunización realizadas en una zona pequeña.

Existe una herramienta adecuada para la supervisión y en todos los establecimientos se dispone de una copia de esta. En 2003, se llevaron a cabo actividades de supervisión en 64% de los municipios (es decir, en 29% de los establecimientos del país). Se efectuaron visitas de supervisión en 80% de los municipios de alto riesgo.

En Bolivia se ha elaborado un método para el control de la calidad de la información. Después de un examen minucioso de los registros principales (libros de registro), se examinan indicadores como concordancia, porcentaje de diferencia relativa y porcentaje de diferencia absoluta para evaluar la calidad de los datos de inmunización y luego la información se envía al próximo nivel. Las enfermeras del PAI utilizan este método al mismo tiempo que las actividades habituales de supervisión.

Conclusiones

La cobertura de vacunación general en Bolivia es alta y ha venido aumentando en los últimos años. Todos los departamentos tienen una cobertura de vacunación superior a 80%. Sin embargo, estos datos deben interpretarse teniendo en cuenta la probabilidad de sobreestimación del tamaño de la población, en particular a nivel de municipio. En casi todos los departamentos, las tasas de cobertura a niveles nacional y municipal son uniformes. De manera análoga, las tasas de cobertura y las tasas decrecientes de deserción son uniformes en 8 de 9 departamentos. Aunque las tasas de cobertura son altas a nivel nacional, todavía hay 112 municipios en riesgo donde viven 18% de los niños de 1 año de edad del país y se debe realizar una labor especial para llevar a estas zonas servicios de vacunación. El número de dosis de vacuna aplicadas en los establecimientos de salud ha venido aumentando continuamente, lo cual demuestra las actividades sostenidas de inmunización llevadas a cabo en Bolivia durante los últimos años.

Recomendaciones

Para mejorar y garantizar la uniformidad de la información relacionada con la cobertura de vacunación, se recomiendan las siguientes actividades generales de control:

- Mantener el monitoreo rápido de la cobertura, especialmente en las zonas de alto riesgo.
- Mantener la supervisión general, haciendo hincapié en las zonas más problemáticas.
- Aplicar el control simultáneo de la calidad de la información empleando las herramientas existentes.
- Planificar intervenciones en los municipios en riesgo después de examinar los resultados obtenidos al aplicar el método descrito en este artículo. El análisis de la información no es un fin en sí mismo sino un medio para tomar decisiones apropiadas de salud pública.

Las siguientes recomendaciones más concretas se están teniendo en cuenta como resultado de este análisis:

- Realizar un análisis mensual de los datos del PAI con todos los indicadores de cobertura (véase el recuadro sombreado).
- Proporcionar un gráfico de monitoreo de la vacunación actualizado a todos los establecimientos de inmunización del país.
- Adiestrar los equipos de gestión de redes para que realicen todas las tareas de supervisión.
- Elaborar, a nivel del PAI departamental, un plan de seguimiento para la gestión de redes que se aplique a todos los métodos de control del PAI.

Formulas para el cálculo de los indicadores de cobertura del PAI

Tasa de deserción	$[(1.^{\text{a}} \text{ dosis PENTA} - 3.^{\text{a}} \text{ dosis PENTA}) / 1.^{\text{a}} \text{ dosis PENTA}] * 100$
Indicador de accesibilidad	$(1.^{\text{a}} \text{ dosis PENTA} / \text{población de } <1 \text{ año de edad})$
Indicador de carácter integral	$[(VOP3 - PENTA3) / VOP3] * 100$
Indicadores de cobertura	$(VOP3 \text{ población de } <1 \text{ año de edad} * 100 / \text{población de } <1 \text{ año de edad})$ $(PENTA3 \text{ población de } <1 \text{ año de edad} * 100 / \text{población de } <1 \text{ año de edad})$ $(BCG \text{ población de } <1 \text{ año de edad} * 100 / \text{población de } <1 \text{ año de edad})$ $(SRP \text{ población de } 1 \text{ año de edad} * 100 / \text{población de } 1 \text{ año de edad})$

- Intensificar las actividades con todos los antígenos en los municipios que tienen una cobertura insuficiente.
- Incluir a representantes de redes sociales en las reuniones para el análisis de la información.
- Efectuar el monitoreo de la cobertura en las zonas de riesgo o donde la calidad del indicador de cobertura es dudosa.
- Ejecutar “estudios de casos” en los municipios donde hay

problemas relativos al denominador de población para determinar los flujos de migración y vacunar a los niños de otros municipios, por ejemplo en días de mercado.

Mediante el uso sistemático de las estrategias examinadas más arriba, la vacunación universal puede lograrse en Bolivia, al hacer hincapié en las zonas de riesgo, al tiempo que se logran la equidad y la justicia social para todos los niños del país.

Resumen de la evaluación del PAI de Nicaragua, noviembre de 2003

Introducción

La evaluación internacional del Programa Nacional de Vacunación (PNV) de Nicaragua se llevó a cabo entre el 17 y el 29 de noviembre de 2003. Participaron 7 expertos internacionales y 12 profesionales del Ministerio de Salud. El objetivo de la evaluación fue analizar la situación actual del programa, principalmente con respecto a la eficiencia en su misión de proteger a la comunidad.

La evaluación determinó las fortalezas y debilidades del programa, en particular los factores que impedían el logro de sus objetivos. La evaluación también incluyó un componente para determinar el grado de satisfacción de los usuarios del programa.

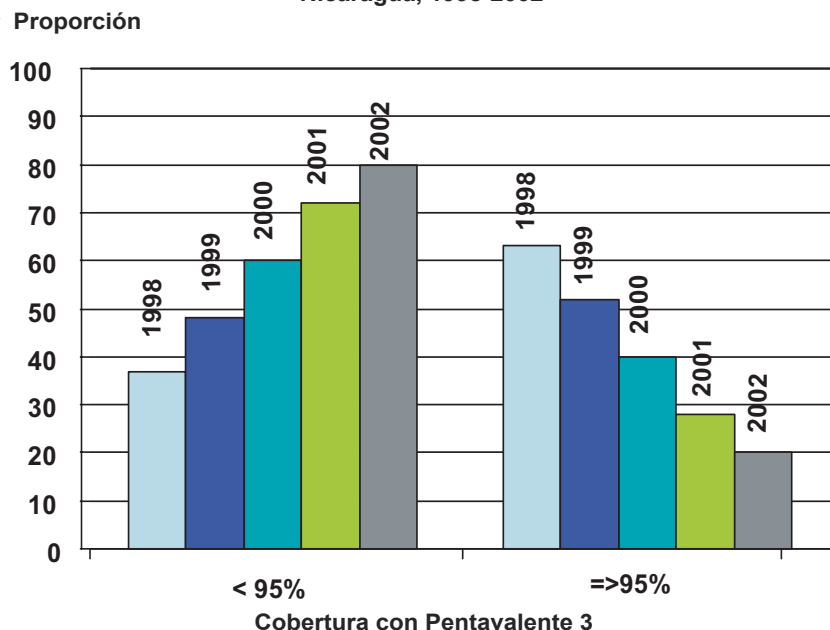
Antecedentes

Nicaragua se divide en tres regiones: la del Pacífico, la del Atlántico y la Central. La población estimada en 2000 era de 5.710.670, y 58,2% de la población vivía en la región del Pacífico, donde la densidad de población es la más elevada. Los niños de 0 a 4 años de edad constituyen 16% de la población total. Se calcula que 40% de los emigrantes internos viven en Managua. Las mujeres de 15 a 29 años de edad constituyen el grupo predominante que emigra de las zonas rurales a las urbanas. La emigración y la migración interna son fenómenos demográficos que tienen una repercusión económica fuerte en el país; se calcula que de 20 a 25% de los nicaragüenses viven fuera del país, principalmente en los Estados Unidos y Costa Rica.

El PNV en Nicaragua se estableció en 1980. Los niveles de cobertura nacional aumentaron rápidamente hasta llegar a casi 90% respecto a todos los antígenos en los últimos cinco años. El PNV ha logrado erradicar la poliomielitis y eliminar el sarampión y el tétanos neonatal como problemas de salud pública. Nicaragua fue uno de los primeros países que introdujeron vacunas nuevas -por ejemplo, la vacuna triple SRP y la pentavalente- y tiene una de las cadenas de frío más modernas del continente. Se está reali-

zando una labor importante para lograr la sostenibilidad del PNV, que actualmente recibe apoyo de la cooperación internacional. Estudios recientes indican que el país todavía no ha alcanzado la meta de cobertura $\geq 95\%$ en todos los municipios; como resultado de ello, el PNV ha reforzado su labor a nivel operativo. Una meta inmediata es descentralizar las metas programáticas dirigidas a la población a niveles local y municipal.

Figura 1. Municipalidades por cobertura con 3 dosis de Pentavalente Nicaragua, 1998-2002



Fuente: Sistema de información del PNV, MINSA, Nicaragua.

Metodología

Se evaluaron 22 municipios en 5 departamentos: León, Chontales, Managua, Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) y Jinotega. Se efectuaron entrevistas con 453 individuos (trabajadores de salud y usuarios) y se visitaron 55 establecimientos de salud.

Se realizó una evaluación cualitativa mediante entrevistas con individuos clave en los ámbitos político, administrativo y operativo, y de instituciones del gobierno, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, organismos de cooperación, diplomáticos y usuarios del programa. Los principales componentes del programa examinados fueron:

Los sitios visitados se seleccionaron al considerar:

- Organización, coordinación y planificación.
- Productos biológicos, cadena de frío y logística.
- Capacitación y supervisión.
- Vigilancia epidemiológica.
- Sistema de información.

- Tasas de notificación de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Proporción de municipios con cobertura baja dentro de los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud).
- Cobertura de vacunación en 2002.

- Tendencias de cobertura por producto biológico en años recientes.
- Resultados de las encuestas de demografía y salud (ENDESA) de 1998 y 2001.
- Indicadores de pobreza.
- Cobertura de servicios de salud y accesibilidad.
- Opiniones de personas versadas en la situación epidemiológica y social del país.

En consecuencia, se seleccionaron 22 de los 152 municipios del país, en los cuales vive 47% de la población total. Cinco equipos de entrevista, cada uno integrado por un evaluador internacional y por lo menos un evaluador nacional, visitaron los municipios seleccionados. Posteriormente, se agregó el personal de los SILAIS para reforzar los equipos. Todas las entrevistas las realizaron evaluadores internacionales. Las encuestas se llevaron a cabo a los niveles político, administrativo y operativo y con los usuarios del programa. Grupos de trabajo analizaron y presentaron los datos recopilados durante las visitas sobre el terreno. Estos datos también se unificaron sobre la base de los diferentes componentes del programa.

Resultados

Los resultados de la evaluación presentados a las autoridades nacionales pueden resumirse del siguiente modo:

- El PNV tiene una base social amplia y una participación comunitaria notable. Existe un compromiso político fuerte. Cabe señalar que aproximadamente 95% de las madres entrevistadas consideraron que la tarjeta de vacunación era un documento esencial que valía la pena guardar en un lugar seguro y creían que la vacunación era importante.

- Los altos niveles de cobertura registrados han empezado a disminuir. El número de municipios con una cobertura inferior a 95% respecto a la vacuna DTP3/pentavalente 3 ha estado aumentando en los últimos cinco años (figura 1).
- Aproximadamente, 30% de las vacunas se administraron durante las Jornadas Nacionales de Salud. Es evidente que debe fortalecerse la vacunación ordinaria y mantenerse las Jornadas Nacionales de Salud. Esto permitirá al país evitar una disminución de la cobertura de vacunación, mantener los logros obtenidos (erradicación de la poliomielitis y el sarampión, y eliminación del tétanos neonatal) y alcanzar nuevos objetivos (eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita) al tiempo que lleva la inmunización y las actividades de salud integradas a los municipios y las poblaciones de riesgo.
- El equipo de evaluación observó que algunas veces se solicita a los niños y las madres inscribirse en los programas de prevención antes de la vacunación. Esta situación puede hacer que se pierdan oportunidades, dado que algunas madres, por falta de tiempo o por razones personales, acuden a los establecimientos de salud únicamente para recibir servicios de vacunación. A veces, los servicios adicionales que se ofrecen no están disponibles o no se prestan eficientemente.

Conclusiones

El PNV de Nicaragua ha podido mantener una cobertura de vacunación elevada, una vigilancia epidemiológica adecuada y mucho prestigio en la comunidad. Los resultados de esta evaluación indican que para mantener estos logros será necesario que el programa adopte nuevas medidas, especialmente las destinadas a garantizar la equidad en el suministro de la vacunación y la prestación de otros servicios de salud a las poblaciones de los distritos de alto riesgo.

Paraguay aprueba una ley de vacunas

Antecedentes

Durante la evaluación internacional del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Paraguay que realizó la OPS en diciembre de 1999, se recomendó que el país aprobara una ley relativa a las vacunas para garantizar la continuidad de recursos presupuestarios destinados exclusivamente al financiamiento de adquisiciones de vacunas y al beneficio de las poblaciones destinatarias del programa. Ese mismo año, la OPS y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social unieron esfuerzos con el parlamento para hacer realidad esta recomendación.

A lo largo de 2000, la OPS compartió su pericia técnica con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Cámara de Diputados para redactar un proyecto de ley relativo a las vacunas con el siguiente objetivo: lograr la sostenibilidad financiera del programa de vacunación, especialmente cuando se introducen vacunas nuevas. Al mismo tiempo que se realizaron estos esfuerzos, se abordó a la comisión bicameral de asuntos presupuestarios del Senado, que autorizó de inmediato la adición al presupuesto nacional de los recursos necesarios para introducir las vacunas pentavalente y contra sarampión, rubéola y parotiditis (vacuna triple SRP) para 2002.

Durante más de un año, el proyecto de ley quedó relegado,

principalmente a causa de conflictos políticos internos. En agosto de 2003, después de la apertura de la nueva legislatura, un grupo de trabajo compuesto por miembros del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y de la OPS se reunió con la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados para reactivar y revisar el proyecto de ley. Esta comisión inició consultas para examinar su contenido, el cual se modificó y amplió. Ahora abarca no solo la disponibilidad de las vacunas incluidas en el esquema de vacunación oficial, sino también la elaboración de mecanismos financieros para garantizar que se llegue a la población destinataria; el requisito de una tarjeta de vacunación al registrar los nacimientos y al entrar a las escuelas públicas o privadas; y la introducción futura de vacunas nuevas.

El 21 de agosto de 2003, un representante de la Comisión de Salud Pública presentó el proyecto de ley al pleno de la Cámara de Diputados, que lo aprobó por unanimidad; posteriormente, lo ratificó el Senado el 6 de noviembre de 2003. Doce días después, el Presidente de la República del Paraguay y el Ministro de Salud y Bienestar Social firmaron el proyecto de ley, con lo cual la hicieron ley oficial de la República (página 8). Esto fue un logro trascendental para el Programa Nacional de Vacunación del Paraguay y un paso importante para reducir las inequidades en materia de inmunización.

Resumen anual de los indicadores de vigilancia de la poliomielitis y el sarampión

Indicadores de vigilancia de las PFA (Período entre las semanas epidemiológicas 02 a 53, 2003)

PAÍS	TOTAL 2002		Últimas 52 semanas (2003/02-2003/53)				
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	% inv. <48 horas	% 1 muestra *	% sitios notificando
Argentina	129	1,19	114	1,03	81	65	88
Bolivia	64	1,95	57	1,69	98	74	0
Brasil	636	1,23	414	0,80	97	74	92
Canadá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CAREC	22	1,00	32	1,45	94	63	100
Chile	114	2,64	79	1,83	84	84	97
Colombia	121	0,86	144	1,03	67	72	86
Costa Rica	29	2,38	0	0,00	0	0	0
Cuba	37	0,83	21	0,47	100	100	96
Rep. Dominicana	36	1,12	16	0,47	100	94	89
Ecuador	43	1,00	41	0,95	80	95	86
El Salvador	110	4,82	99	4,30	90	87	79
Guatemala	72	1,58	101	2,22	93	89	52
Haití	12	0,38	11	0,34	73	73	40
Honduras	72	2,95	51	1,87	98	96	94
México	384	1,18	334	1,02	93	83	91
Nicaragua	28	1,25	34	1,49	94	97	100
Panamá	4	0,41	7	0,75	100	57	85
Paraguay	27	1,21	22	0,99	59	77	89
Perú	111	1,29	94	1,09	97	96	99
Uruguay	8	0,98	9	1,10	78	44	42
EUA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Venezuela	106	1,39	89	1,17	96	89	81
TOTAL ♦	2165	1,30	1769	1,05	90	81	90

* Tomado dentro de los primeros 14 días del inicio de parálisis

♦ Excluyendo Canadá y los EUA

NR: no reporte

Indicadores de vigilancia de sarampión (Período entre las semanas epidemiológicas 01 a 53, 2003)

País	% sitios notificando semanalmente	% casos con visita domiciliaria oportuna	% casos con muestra de sangre adecuada	% de muestras recibidas <=5 días	% resultados de laboratorio <=4 días	% casos descartados por laboratorio	Número de municipios activos
Argentina	93	21	85	69	85	100	0
Bolivia	...	99	99	80	76	92	0
Brasil	82	85	70	61	80	89	1
Canadá	...	...	...	...	...	...	...
CAREC	100	99	95	23	100	99	0
Chile	98	62	92	77	96	99	0
Colombia	88	53	95	68	81	98	0
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	1
Cuba	96	100	100	...	...	93	0
Rep. Dominicana	89	100	98	44	94	100	0
Ecuador	89	45	99	86	90	99	0
El Salvador	80	53	95	79	86	98	0
Guayana francesa	...	...	...	...	...	100	0
Guadalupe	...	...	...	...	...	...	0
Guatemala	48	97	99	66	94	99	0
Haití	...	82	91	95	71	95	0
Honduras	94	94	100	75	93	100	0
Martinica	...	...	...	...	...	...	0
México	89	98	99	82	54	100	3
Nicaragua	100	86	99	84	77	100	0
Panamá	86	86	98	75	99	99	0
Paraguay	89	62	100	88	100	100	0
Perú	99	95	96	67	88	91	0
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	0
Uruguay	28	100	100	100	0	...	0
EUA	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	81	97	99	67	74	100	0
TOTAL Y PROMEDIO	87	85	80	63	73	99	5

... : no informe recibido

Fuente: PESS y MESS, OPS

PODER LEGISLATIVO
LEY N° 2.310
DE PROTECCIÓN INFANTIL CONTRA LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES
EL CONGRESO DE LA NACIÓN PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE LEY

Artículo 1°.- La presente Ley tiene por objeto la protección adecuada de la población infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles. A tal efecto, el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, dispondrá en el Presupuesto General de la Nación de los recursos necesarios para la adquisición y provisión gratuita y efectiva de las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y aquellas nuevas vacunas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Artículo 2°.- El Poder Legislativo incluirá anualmente en el Presupuesto General de la Nación en una partida especial los recursos suficientes para financiar los gastos para cubrir el esquema completo de vacunación.

La cobertura incluirá las siguientes vacunas dentro del esquema regular: Programa PAI regular: BCG (contra la tuberculosis); DTP (contra la difteria, el coqueluche y el tétanos); VOP (anti poliomielítica); Td (contra el tétanos y difteria); SRP (contra el sarampión, la rubéola y la papera); anti – *Haemophilus influenza* tipo b; y anti – Hepatitis B.

Artículo 3°

- 1.- Todo infante tiene el derecho a recibir en forma gratuita y oportuna las vacunas que se mencionan en el Artículo 2° de esta Ley.
- 2.- Los padres están obligados a garantizar la aplicación del esquema de vacunación completa a sus hijos.
- 3.- Toda mujer en edad fértil tiene el derecho de recibir en forma gratuita y oportuna la vacuna Td contra el tétanos y difteria.

Artículo 4°.- El Ministerio de Hacienda habilitará una cuenta especial a nombre del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – Programa Ampliado de Inmunización

(PAI) y anualmente, a más tardar en el mes de marzo, transferirá a la misma la totalidad de los recursos destinados para el efecto en el presupuesto.

Estos fondos provendrán de Fuente 10 y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en esta Ley ni podrán ser objeto de disminución o afectación bajo ningún concepto. Igualmente serán transferidas a esa cuenta todas las donaciones al Estado que se efectúen a tales efectos.

Artículo 5°.- La presente Ley entrará en vigencia desde el momento de su promulgación y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, a los efectos de dar cumplimiento a la misma, en el siguiente año presupuestario.

Artículo 6°.- La libreta de vacunación será un requisito obligatorio para la inscripción de los infantes en Registro Civil y en las escuelas públicas y privadas, donde debe certificarse la vacunación efectuada acorde a la edad de los mismos. En caso de que las entidades mencionadas en presente Artículo constaten el incumplimiento de las prescripciones de esta Ley, deberán comunicar el hecho al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a fin de que éste tome las medidas necesarias para subsanar la omisión detectada.

Artículo 7°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a veintinueve días del mes de agosto del año dos mil tres, y por la Honorable Cámara de Senadores, a seis días del mes de noviembre del año dos mil tres, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 204 de la Constitución Nacional.

Asunción, 18 de noviembre de 2003.-

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización 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

ISSN 0251-4729.

Editor: Jon Andrus
Editores Adjuntos: Béatrice Carpano y Kathryn Kohler

Unidad de Inmunización
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
<http://www.paho.org>