



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D. C. 20037, E.U.A.

1985 - 00022A

CABLEGRAMAS: OFSANPAN

NCIA

TELEFONO 861-3200

ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL VIRUS SALVAJE
DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS

PLAN DE ACCION

Julio de 1985

| | |
|---|----|
| 1. Introducción..... | 1 |
| 2. Estrategias y componentes técnicos..... | 4 |
| 3. Organización y administración..... | 14 |
| 4. Financiamiento y componentes financiero..... | 18 |
| 5. Cronograma..... | 20 |
| 6. Apéndices..... | 21 |

PREFACIO

El Director de la Organización Panamericana de la Salud ha nombrado a un Grupo Técnico Asesor (GTA) para que la oriente en el trabajo destinado a acelerar el Programa Ampliado de Inmunización y a erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. Este grupo está compuesto por las siguientes personas:

Dr. José Manuel Borgoffo
Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Dr. Donald A. Henderson (Presidente)
Decano de la Facultad de Higiene y Salud Pública
Universidad de Johns Hopkins
Baltimore, Maryland

Dr. Alan Hinman
Director de la División de Inmunización
Centros de Control de las Enfermedades
Atlanta, Georgia

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Subsecretario de Servicios de Salud
México, D.F. México

Dr. Joao Baptista Risi, Jr.
Secretario de la Secretaría Nacional de
Acciones Básicas de Salud
Ministerio de Salud
Brasilia, Brasil

El Grupo Técnico Asesor celebró su primera reunión en Washington del 11 al 12 de julio de 1985 para discutir y revisar el Plan de Acción para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. El Plan de Acción propuesto se esboza en las siguientes páginas.

1. INTRODUCCION

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se basa en la Resolución WHA27.57, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974. Las pautas generales del programa, inclusive la meta fijada en el PAI de prestar servicios de inmunización a todos los niños del mundo en 1990 (Resolución WHA30.53, 1977), fueron aprobadas por medio de la Resolución CD25.R27 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 1977.

Los objetivos del PAI a largo plazo son los siguientes:

- Reducir la morbilidad y mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis, prestando servicios de inmunización contra esas enfermedades a todos los niños del mundo en 1990 (se pueden incluir otras enfermedades selectas, cuando proceda);
- fomentar la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios de inmunización dentro del marco de los servicios de salud integrales, y
- fomentar la autosuficiencia regional en asuntos relativos a la producción y al control de la calidad de la vacuna.

Desde que el PAI se estableció en la Región de las Américas en 1977 ha mejorado mucho la cobertura de la inmunización. En 1978, menos del 10% de los niños menores de un año vivía en países donde la cobertura con las vacunas del PAI era de 50%, como mínimo; en 1984, cerca del 50% de los niños de esa edad vivía en países donde la cobertura con la vacuna DPT era al menos del 50%, con las vacunas antisarampiosa y BCG, superior al 50% y con la vacuna antipoliomielítica, superior al 80%.

Los efectos de la amplia cobertura con la vacuna antipoliomielítica pueden observarse en el Gráfico 1, en el que se indica la incidencia de poliomielitis notificada anualmente en la Región de las Américas durante el período 1969-1984, y en el Gráfico 2, en el que se presenta el número absoluto de casos notificados anualmente durante el mismo período.

En el Cuadro 1 se desglosa el número anual de casos notificados por país entre 1975 y 1984. En 1978, 11 países de la Región notificaron que no habían tenido ningún caso de poliomielitis. En 1984, 19 países indicaron que la incidencia de la poliomielitis era nula; ese número de países es casi el doble del de los que notificaron lo mismo solo seis años antes.

Gráfico 1. Incidencia de poliomielitis notificada anualmente (por cada 100.000 habitantes) en la Región de las Américas entre 1969 y 1984

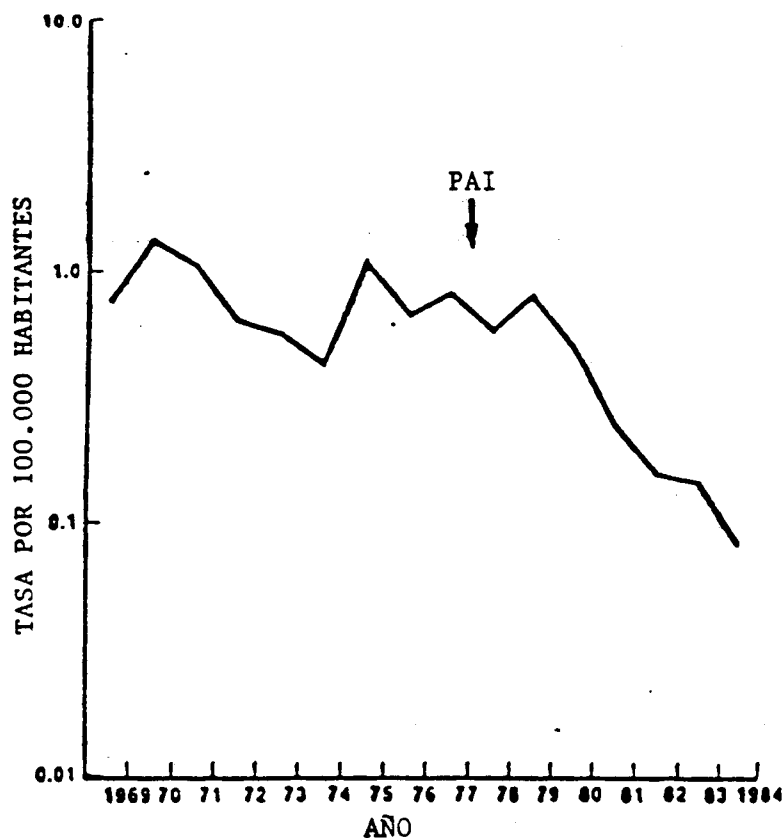
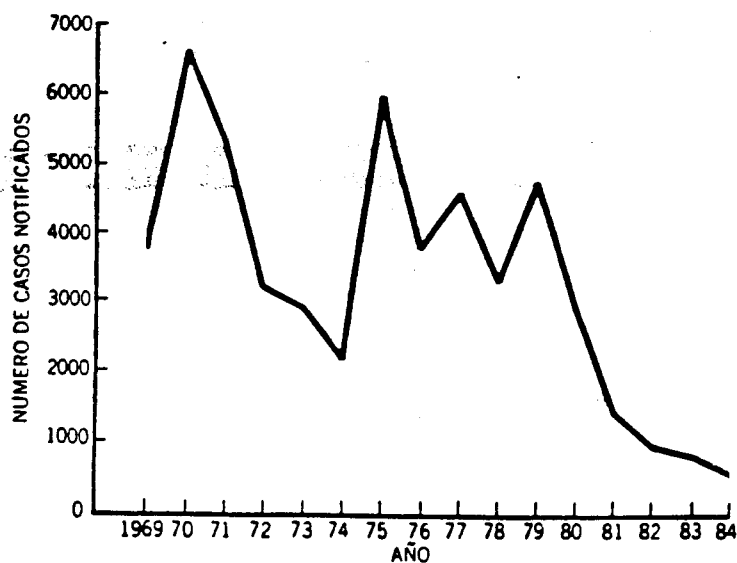


Gráfico 2. Número de casos de poliomielitis notificados anualmente en la Región de las Américas, de 1969 a 1984



Cuadro 1. Número de casos de poliomielitis en las Américas, por país, entre 1975 y 1984.

| País | Promedio de casos anuales | | No. de casos | | | |
|--|---------------------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|
| | 1975-77 | 1978-80 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 |
| AMERICA DEL NORTE | | | | | | |
| Bermuda | - | - | - | - | - | - |
| Canadá | 1 | 4 | - | - | - | 1 |
| Estados Unidos | 13 | 20 | 7 | 9 | 12 | 7 |
| CARIBE | | | | | | |
| Anguila | - | - | - | - | - | - |
| Antigua y Barbuda | - | - | - | - | - | - |
| Antillas Neerlandesas | - | - | - | - | - | - |
| Bahamas | - | - | - | - | - | - |
| Barbados | - | - | - | - | - | - |
| Cuba | - | - | - | - | - | - |
| Dominica | - | - | - | - | - | - |
| Granada | - | - | - | - | - | - |
| Guadalupe | - | - | - | - | - | - |
| Haití | 25 | 16 | 35 | 35 | 62 | 63 |
| Islas Caimán | - | - | - | - | - | - |
| Islas Turcas y Caicos | - | - | - | - | - | - |
| Islas Vírgenes Británicas | - | - | - | - | - | - |
| Islas Vírgenes (EUA) | - | - | - | - | - | - |
| Jamaica | - | - | - | 58 | - | - |
| Martinica | - | - | - | - | - | - |
| Montserrat | - | - | - | - | - | - |
| Puerto Rico | - | - | - | - | - | - |
| República Dominicana | 63 | 107 | 72 | 70 | 7 | - |
| San Cristóbal y Nieves | - | - | - | - | - | - |
| San Martín y San Bartolomé | - | - | - | - | - | - |
| San Vicente y Granadinas | - | - | - | - | - | - |
| Santa Lucía | - | - | - | - | - | - |
| Trinidad y Tabago | - | - | - | - | - | - |
| MESOAMERICA CONTINENTAL | | | | | | |
| Belice | - | 2 | - | - | - | - |
| Costa Rica | - | - | - | - | - | - |
| El Salvador | 38 | 23 | 52 | 16 | 88 | 19 |
| Guatemala | 39 | 116 | 42 | 136 | 208 | 17 |
| Honduras | 78 | 101 | 18 | 8 | 8 | 76 |
| México | 710 | 966 | 186 | 98 | 232 | 137 |
| Nicaragua | 26 | 36 | 46 | - | - | - |
| Panamá | - | - | - | - | - | - |
| SUDAMERICA ZONA TROPICAL | | | | | | |
| Bolivia | 138 | 121 | 15 | 10 | 7 | - |
| Brasil | 2.807 | 1.854 | 122 | 69 | 45 | 82 |
| Colombia | 525 | 305 | 576 | 187 | 88 | 18 |
| Ecuador | 45 | 10 | 11 | 11 | 5 | - |
| Guayana Francesa | - | - | - | - | 1 | - |
| Guyana | 2 | - | - | - | - | - |
| Paraguay | 74 | 20 | 60 | 71 | 11 | 3 |
| Perú | 136 | 120 | 149 | 150 | 111 | 102 |
| Suriname | - | - | - | 1 | - | - |
| Venezuela | 44 | 34 | 68 | 30 | - | - |
| SUDAMERICA ZONA TEMPLADA | | | | | | |
| Argentina | 2 | 22 | 5 | 10 | 26 | - |
| Chile | - | - | - | - | - | - |
| Uruguay | 6 | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 4.772 | 3.877 | 1.464 | 969 | 911 | 525 |
| Número de países que notificaron casos | 19 | 18 | 16 | 17 | 15 | 11 |

- Cero casos

Esta impresionante y rápida reducción de la carga de la enfermedad ocasionada por la mayor cobertura de la vacuna antipoliomielítica ha abierto el camino para adoptar la decisión de erradicar la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el hemisferio occidental para 1990.

De conformidad con ello, el 14 de mayo de 1985 el Director de la OPS anunció el compromiso adquirido por la Organización para cumplir con esta meta y pidió el apoyo de todos los Países Miembros y de varios organismos internacionales. En el momento del anuncio, varios representantes de los Países Miembros y de los organismos internacionales expresaron su adhesión a los esfuerzos por erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis del hemisferio para 1990.

El Director de la OPS recalcó que las actividades relativas a la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles deben considerarse dentro del marco del PAI, que se destina al control de seis enfermedades prioritarias.

El Plan de Acción propuesto tiene tres objetivos principales:

- a) Fomentar el desarrollo general del Programa Ampliado de Inmunización en la Región para acelerar el logro de sus objetivos;
- b) Erradicar la transmisión autóctona de los poliovirus salvajes en la Región de las Américas para 1990;
- c) Establecer un sistema de vigilancia en los planos regional y nacional para investigar inmediatamente cualquier caso sospechoso de poliomielitis y adoptar las debidas medidas de control para impedir la transmisión.

En las siguientes secciones del documento se detalla el Plan de Acción propuesto.

2. ESTRATEGIAS Y COMPONENTES TECNICOS

El requisito previo más importante para lograr los objetivos fijados será la clase de compromiso político que estén dispuestos a contraer los países, expresado en lo siguiente:

- Aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1985 de la Resolución relativa a la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas para 1990;
- Adopción de medidas legislativas por parte de los Países Miembros, cuando proceda;

- . Disponibilidad y asignación de recursos nacionales para esa empresa.

Con el fin de lograr la meta de erradicación de la transmisión autóctona de los virus salvajes de la poliomielitis en las Américas para 1990, será necesario intensificar la aplicación de todos los componentes de las estrategias del PAI actualmente empleadas y adaptar muchos de los conceptos empleados en el PAI. Otros elementos indispensables son la coordinación del trabajo de los organismos internacionales en los planos regional y nacional y la disponibilidad de fondos suficientes de fuentes nacionales e internacionales para sufragar el costo de las actividades relativas a esa meta.

Las estrategias clave que se emplearán en este empeño son las siguientes:

- 1) Movilización de recursos nacionales;
- 2) Logro y mantenimiento de una cobertura de vacunación superior al 80% de la población destinataria;
- 3) Realización de actividades de vigilancia apropiadas para detectar sin demora todos los casos de poliomielitis, con investigaciones detalladas e institución de medidas de control;
- 4) Servicios de diagnóstico de laboratorio al alcance de todos los países para permitir estudios de todos los casos probables de poliomielitis notificados;
- 5) Difusión de información en los países y la Región;
- 6) Identificación de las necesidades de investigación y consecución de financiamiento para su ejecución;
- 7) Preparación de un protocolo de certificación para declarar a los países y a la Región exentos de la transmisión autóctona;
- 8) Evaluación de todas las actividades del programa en marcha.

Para garantizar el éxito de cada una de las estrategias clave se recomienda el empleo de una serie de componentes técnicos.

2.1 Movilización de recursos nacionales

Se reconoce que los Ministerios de Salud de muchos países disponen de recursos limitados y por ello será indispensable concentrar el trabajo en la movilización de todos los recursos nacionales para complementar los existentes.

En ese sentido, la coordinación intersectorial será imprescindible para estimar las posibilidades que ofrecen los recursos existentes y movilizar los que hagan falta. Los sectores de educación y agricultura, las instituciones de seguridad social y otras organizaciones serán elementos esenciales de esta empresa.

Por último, se pedirá la colaboración de las comunidades y los grupos a ellas pertenecientes para que aporten sus recursos y talento para el logro del objetivo. Se solicitará la asistencia de los organismos voluntarios privados, los grupos religiosos y los medios de información pública para realización de las actividades de fomento, distribución de suministros, asignación de personal y participación en las actividades de vacunación. Se establecerán estrategias de colaboración en actividades realizadas conjuntamente por varios países y se fomentará la cooperación técnica entre éstos para fines de planificación, ejecución y evaluación de programas, sobre todo en lo que respecta a la investigación y al control de brotes y al apoyo laboratorial.

2.2 Actividades de inmunización

2.2.1 Clasificación de países según el grado de actividad en materia de control de la poliomiélitis y cobertura de vacunación

En un principio, los países se clasificarán en dos grupos, a saber:

- Grupo I: Países infectados por la poliomiélitis. Estos son los países que han notificado casos autóctonos ocasionados por la transmisión del virus salvaje de la poliomiélitis en el trienio precedente.
- Grupo II: Países exentos de poliomiélitis. Estos son los países que no han notificado ningún caso autóctono causado por transmisión del virus salvaje de la poliomiélitis en el trienio precedente. Este grupo se subdividirá en dos categorías, a saber:
 - Grupo II-A: Países de mayor riesgo. Estos son los países que han tenido una cobertura de vacunación inferior al 80% de los niños menores de un año en cualquier de los tres años precedentes.
 - Grupo II-B: Países de menor riesgo. Estos son los países que han mantenido una cobertura de vacunación superior o igual al 80% de los niños menores de un año en cada uno de los tres años precedentes.

2.2.2 Tácticas de vacunación

Las tácticas de vacunación recomendadas para lograr la meta variarán según la situación epidemiológica de la poliomiélitis en cada país, la cobertura de vacunación existente y la infraestructura de

salud. La vacuna antipoliomielítica oral trivalente (TOPV) será el principal medio para erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas. Además, se analizará continuamente la utilidad que puede tener la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) en la erradicación de esa enfermedad.

Para los países del Grupo I se recomendarán jornadas nacionales de inmunización, al menos dos veces al año. El éxito de las mismas exigirá planificación intensiva de la logística de la oferta y la demanda. Se fomentará el empleo de los medios de información pública y las compañías de publicidad para divulgar el concepto de la vacunación. Para el éxito de esas jornadas será indispensable movilizar todos los recursos intra y extrasectoriales y conseguir la participación de los sectores no gubernamentales. Esta táctica debe considerarse como una medida adoptada solo en este caso, que pasará a reemplazarse gradualmente con servicios de inmunización ordinarios prestados en las instituciones asistenciales.

Es preciso aprovechar las jornadas nacionales de inmunización para administrar también las vacunas antisarampionosa y DPT.

Los países del Grupo II necesitarán mantener una cobertura mínima del 80% de la población destinataria fortaleciendo los servicios ordinarios de inmunización y manteniendo una estricta vigilancia.

2.2.3 Apoyo logístico

Todos los países deben asegurar que las vacunas empleadas en el programa cumplan con los requisitos de la OMS. La distribución de las vacunas será un elemento indispensable de las actividades de inmunización. La eficiencia de los sistemas de distribución será indispensable para asegurar que las vacunas lleguen a tiempo a su lugar de destino. Para garantizar la continuidad de las actividades de inmunización, se mantendrán reservas de vacunas en la Región para casos de emergencia. Se pedirá a las compañías fabricantes que tengan permanentemente 5 millones de dosis a la mano para uso de emergencia. La OPS supervisará el inventario de esas reservas de emergencia y se encargará de distribuir las cuando sea preciso. Se espera que los países pidan regularmente los suministros de vacuna que necesiten.

Cuando se preparen los planes de trabajo de los países, se identificarán las deficiencias de la cadena de frío y se indicarán las necesidades que es preciso atender. La cooperación de los organismos donantes debe abarcar la compra y el mantenimiento del equipo necesario de la cadena de frío. Para resolver los problemas reconocidos de mantenimiento de dicho equipo, se instará a los países a que diseñen sistemas de cadena de frío que cuentan con equipos que exijan poco mantenimiento.

2.2.4 Capacitación

Se hará particular hincapié en la capacitación del personal en lo que respecta a los elementos operativos del programa que son importantes para el éxito del mismo. A manera de ayuda, la OPS preparará un manual sobre la base técnica de la erradicación de la poliomielitis, que se propone distribuir a todos los Países Miembros. Ese manual servirá de prototipo para que los países preparen manuales adaptados a las circunstancias locales. La OPS prestará asistencia técnica a los países para la adaptación, producción y distribución del manual y para la planificación y realización de cursos de adiestramiento, según se necesiten.

2.3 Vigilancia epidemiológica y control de brotes

En vista del número relativamente pequeño de casos notificados cada año en la Región, urge la investigación inmediata de todo caso sospechoso. Este es uno de los elementos más críticos de las actividades de erradicación. La investigación de los casos debe realizarse según las definiciones incluidas en el manual citado en la sección 2.2.4. Para fines de las operaciones, se proponen las siguientes definiciones provisionales:

- Caso sospechoso de poliomielitis. . Cualquier ataque agudo de parálisis sufrido por una persona menor de 15 años.
- Caso probable de poliomielitis. Cualquier ataque agudo de parálisis flácida sin pérdida sensorial u otra causa identificada.
- Caso confirmado de poliomielitis. Cualquier caso probable confirmado en el laboratorio o vinculado a otro caso probable o confirmado o que sufra parálisis residual 60 días después del ataque.

2.3.1 Identificación y notificación de casos

La vigilancia será activa y pasiva. Se entrará en contacto con todas las posibles fuentes de notificación de casos sospechosos de poliomielitis en los diversos países para incorporarlas en las actividades de vigilancia. Se harán visitas semanales a las instalaciones donde se podrían tratar los casos agudos o convalecientes como parte del mecanismo de vigilancia. Entre las instalaciones que se han de visitar están todos los hospitales donde se atienden casos agudos (públicos, privados, generales y especializados) y los centros de rehabilitación. Una vez que se hayan identificado los casos sospechosos, se realizarán detalladas investigaciones en la comunidad en búsqueda de otros. Cada país enviará por télex a la OPS informes semanales de los casos probables y confirmados de poliomielitis.

En caso de un brote, la OPS/Washington notificará inmediatamente a todos los países de la Región para que pueda darse el debido aviso a los viajeros.

La OPS se asegurará de que haya personal internacional experto para afianzar las actividades de vigilancia epidemiológica en la Región.

En los países del Grupo I, se facilitará esa clase de personal para ayudar a los países en la preparación o el mejoramiento de las actividades de vigilancia y examinar las fichas de los casos de otras enfermedades incluidas en el diagnóstico diferencial de poliomiелitis, tales como el síndrome de Guillain-Barré (SGB) y la mielitis transversa.

En los países del Grupo II, se podrían ofrecer recompensas en dinero a las personas que detecten cualquier caso de poliomiелitis. Los funcionarios de la OPS estarán listos a ayudar a confirmar la validez de los informes, realizar evaluaciones de las instituciones donde se podría tratar a los casos de poliomiелitis, seguir la trayectoria de los casos diagnosticados de SGB (para verificar que en realidad existe una distinción clara entre el SGB y la poliomiелitis) y establecer una clase de recompensa determinada para las personas que descubran casos.

2.3.2 Investigación y control de brotes

Cada caso sospechoso de poliomiелitis se investigará inmediatamente. Se prepararán formularios normalizados para la investigación detallada de los casos y se procederá a enviarlos a los medios competentes. Para fines prácticos, un brote se define como la aparición de un caso probable o confirmado de poliomiелitis. Después de identificar un caso probable o confirmado, el Ministerio de Salud debe hacer un anuncio oficial alertando al personal de salud y a la población en general sobre la situación, a fin de inculcarle al público la necesidad de recibir la inmunización y de notificar sin demora cualquier caso sospechoso. Estos deberán notificarse también de inmediato a la Representación de la OPS.

La OPS ofrecerá asistencia para la investigación de casos y el control de brotes facilitando grupos de investigadores que se movilizarán dentro de las primeras 24 a 48 horas de la notificación de un caso, a fin de ayudar en la investigación del brote, la búsqueda de otros casos (secundarios) y la puesta en práctica de las medidas de control pertinentes. Se realizarán investigaciones detalladas sobre las fuentes de los casos.

Es preciso que los países dispongan de existencias adecuadas de la vacuna antipoliomiелítica oral trivalente (TOPV) para iniciar de inmediato las medidas de control. Estas consistirán en administrar la TOPV a todas las personas expuestas, que en los países del Grupo I generalmente estarán constituidas por los niños menores de cinco años. Por causa de la propagación rápida, generalizada y silenciosa del poliovirus, se recomienda la inmunización no solo de las personas de la zona inmediata sino también la de las que residen más allá de ésta.

Parte de la investigación y del control de brotes se basará en la rápida identificación del tipo de poliovirus. Después de identificar un caso probable, se recogerán de inmediato especímenes para envío al laboratorio más cercano a fin de iniciar estudios de aislamiento del virus. Además, se determinará la posible clasificación epidemiológica del caso dentro de las primeras 24 a 48 horas de la notificación. Cuando el caso esté directamente relacionado con la aplicación de la vacuna, no será necesario tomar medidas de control inmediatas.

Se publicarán y divulgarán los informes relativos a los brotes y a la importación de casos. Cuando haya ocurrido importación intrarregional, se enviará la debida notificación al país de origen del caso y se hará disponible un grupo de investigadores para prestar asistencia en el trabajo que es preciso realizar.

2.4 Apoyo de laboratorio

2.4.1 Apoyo a las actividades de vigilancia

Un elemento importante de las actividades de vigilancia será la confirmación por laboratorio de los casos probables de poliomielitis. Se procederá a recoger especímenes de todos los casos probables para efectuar estudios de aislamiento. Se realizará un trazado de los oligonucleótidos u otra prueba del virus aislado para poder confirmar su origen. Los laboratorios mejor dotados de la red prestarán este servicio de referencia a la Región. Es esencial contar con la decidida participación de los laboratorios en el proceso de evaluación epidemiológica. Si se identifican casos de poliomielitis compatibles desde el punto de vista clínico y epidemiológico pero los estudios de aislamiento son negativos o presentan enterovirus distintos de los virus de la poliomielitis, se procederá a enviar especímenes originales y el material aislado de enterovirus distintos del virus de la poliomielitis a los laboratorios de referencia para estudios más detallados.

2.4.2 Evaluaciones efectuadas en el laboratorio

Todos los países deben disponer de laboratorios para estudio de la poliomielitis y la OPS prestará el apoyo necesario en ese sentido. Un grupo de virólogos de renombre internacional evaluará, bajo los auspicios de la OPS, los laboratorios de la Región para determinar los que deben incluirse en la red regional. Este proceso se habrá realizado para diciembre de 1985. Además, se establecerá una red de personal de laboratorio que esté dispuesto a participar en evaluaciones efectuadas por los grupos de investigación, para que estos cuenten con una persona especializada en esas técnicas.

Se identificarán laboratorios donde sea posible efectuar exámenes serológicos como parte de estudios de aislamiento de poliovirus y de otros enterovirus. Se prevé la selección de seis o siete en la Región para efectos de certificación como laboratorios de referencia. Estos se seleccionarán entre los centros colaboradores de la OPS y las redes nacionales de laboratorios y servirán de recursos técnicos para ayudar a los países a establecer los suyos propios.

Además, se procederá a identificar la capacidad que existe en la Región para realizar estudios serológicos y se fortalecerán los sistemas logísticos para poner esos servicios al alcance de todos los países. Se desarrollará la capacidad para efectuar pruebas de fijación del complemento y valoraciones del título de neutralización. Se espera que la mayoría de los países cuente con la capacidad necesaria para realizar estudios serológicos de casos probables de poliomielitis. Se establecerán los medios necesarios para realizar estudios más complejos de identificación del virus (hibridación del ácido nucleico y trazado de los oligonucleótidos) en dos o tres laboratorios de referencia.

2.4.3 Establecimiento de una red regional de laboratorios

De conformidad con la política general que se ha fijado la OPS de establecer redes de instituciones nacionales para fomentar la cooperación técnica entre los países, se procederá a formar una red regional de laboratorios. La creación de esa red entrañará el fortalecimiento del sistema logístico necesario para el transporte de especímenes y la distribución de los suministros necesarios, tales como reactivos. Deberá garantizarse la oferta continua de reactivos normales para los estudios serológicos, de aislamiento de virus y de caracterización genética. Se pedirá a los Centros de Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta que ayuden a establecer las redes de laboratorio y que certifiquen a los laboratorios que van a servir como centros de referencia.

Se identificarán laboratorios de referencia para ayudar a los países que no tienen sus propios laboratorios. Esos laboratorios ayudarán a los países a conseguir el apoyo necesario para los estudios de virología dentro de los mismos y confirmarán los resultados obtenidos en los laboratorios nacionales. El sistema de supervisión de los laboratorios regionales garantizará la obtención de resultados compatibles, de alta calidad, comprobados y fiables.

Como parte del establecimiento de la red de laboratorios, se preparará un manual en el que se habrán de indicar los exámenes que se deben practicar a los casos sospechosos, los procedimientos de prueba, los especímenes apropiados, los métodos de recogida de especímenes, los métodos de envío, el manejo de los especímenes, el sistema de control de la calidad, el acopio y la elaboración de datos. Este manual estará listo en noviembre próximo y se distribuirá a todos los laboratorios participantes.

Las necesidades de capacitación se atenderán en los diversos niveles por medio de la organización de talleres para el personal de laboratorio de la red. El primer curso se celebrará en febrero de 1986, después de la identificación de los laboratorios.

Además de realizar estudios de laboratorio sobre vigilancia, es preciso establecer laboratorios donde se pueda determinar la potencia de las vacunas. Los laboratorios equipados para realizar estudios de aislamiento de poliovirus se emplearán como centros de referencia para determinar la potencia de la vacuna, ya que se requieren técnicas y materiales similares.

2.5 Difusión de información

2.5.1 Publicaciones

A nivel regional, se publicará una sección sobre poliomielitis en todos los números del Boletín del PAI de la OPS. En esa sección se incluirá información sobre la epidemiología actual de la poliomielitis en la Región; el número de casos notificados en el intervalo transcurrido desde que se publicó el número anterior, por semana de notificación y país; estudios de los casos causados por brotes y los resultados de las investigaciones realizadas; asuntos relativos a la erradicación y temas de interés sobre las investigaciones en materia de poliomielitis. Mensualmente se distribuirá información sobre las actividades relativas al control de la poliomielitis en la Región. Se espera que aumente la circulación del boletín para que todas las instituciones de salud de la Región reciban ejemplares. Además se difundirá información en otras publicaciones de la OPS.

Se insta a los países a que incluyan una sección sobre poliomielitis en sus boletines epidemiológicos nacionales, distribuidos a los auxiliares de salud de la red.

La OPS distribuirá periódicamente en toda la Región reseñas de la literatura sobre poliomielitis.

2.5.2 Reuniones para intercambio de información

A fin de mantener el impulso dado al PAI y de facilitar la comunicación en la Región, las reuniones de los administradores de dicho programa en los países de América Latina y de habla inglesa en el Caribe se celebrarán con tanta frecuencia como sea necesario para discutir los adelantos logrados y los problemas encontrados. Esas reuniones servirán de foro de asistencia mutua y difusión de información y en ellas participarán expertos técnicos para ayudar a solucionar los problemas

encontrados. Las reuniones consistirán en presentaciones de los Representantes de País, discusiones relativas a los puntos señalados durante las mismas y exposición del trabajo realizado sobre el terreno. Como resultado de dichas reuniones, los grupos de trabajo formularán recomendaciones a los países sobre las estrategias apropiadas para resolver los problemas encontrados.

Los resultados y recomendaciones de las reuniones se publicarán y divulgarán en la Región.

2.6 Identificación de las necesidades de investigación

2.6.1 Estudio por parte del Grupo Técnico Asesor

Por reconocerse que quedan muchos asuntos técnicos y operativos por abordar en el campo de la erradicación de la poliomielitis, se prestará apoyo a las investigaciones. Las necesidades de investigación que identifique el Grupo Técnico Asesor (GTA) se atenderán en los dos primeros años del proyecto. Se reconoce además que a medida que se resuelvan unos problemas surgirán otros. Se fomentará la participación de todos los Países Miembros en las investigaciones necesarias.

El Grupo Técnico Asesor (véase la sección 3.2) examinará las actividades en marcha e identificará los campos de investigación. Ese trabajo incluirá la identificación de fuentes de financiamiento para fines de subvención, el examen de protocolos y el análisis de los resultados de la investigación. La OPS facilitará el mecanismo necesario para iniciar la investigación una vez que se hayan identificado los campos respectivos.

2.6.2 Posibles campos de investigación

Algunos de los asuntos que es preciso abordar inmediatamente son los siguientes:

- estrategias y tácticas para lograr una cobertura óptima;
- razones por las que existen desertores y estrategias para reducir su número;
- técnicas de vigilancia óptima para detectar todos los casos posibles, inclusive los relacionados con la vacuna;
- criterios para certificar la erradicación de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis;
- métodos de diagnóstico más sencillos;
- sistemas eficientes de inoculación y equipo necesario para administrar la vacuna inyectable.

2.7. Protocolo de certificación

La certificación de la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas podrá emitirse cuando se cumpla con las siguientes condiciones: 1) hayan transcurrido tres años sin que se haya identificado ningún caso autóctono de poliomielitis en la Región, en presencia de vigilancia adecuada; 2) en la extensa búsqueda realizada por los investigadores internacionales no se hayan identificado casos en los tres años precedentes a la visita, y 3) en caso de importación, no se hayan identificado casos secundarios dentro del mes siguiente a la fecha del comienzo de la enfermedad del caso importado.

Una comisión internacional de certificación analizará los criterios respectivos basándose en los resultados de los estudios realizados y en la necesidad de incluir otros criterios para detectar el virus salvaje. Las actividades de vacunación deberán continuar hasta cuando se logre la erradicación global del virus.

2.8. Evaluación

Por reconocerse la naturaleza crítica de la evaluación para el éxito de la vigilancia y la detección y solución de problemas, se hará cada vez mayor hincapié en el componente de evaluación del PAI. Varios observadores internacionales participarán en las evaluaciones efectuadas en los países y se dará amplia distribución a los informes sobre los resultados.

A consecuencia de las dificultades inherentes en los sistemas ordinarios de información, en la mayoría de los países se realizarán encuestas de la cobertura, en las que se incluirán preguntas sobre las razones del cumplimiento y la inobservancia de lo dispuesto. Los resultados de esas encuestas se emplearán como base de modificación de las estrategias para optimizar la eficacia de las intervenciones.

Además de evaluar las operaciones de los programas de los países, se procederá a evaluar anualmente la red de laboratorios para prestar todo el apoyo necesario. Parte del proceso de evaluación de los laboratorios incluirá la realización de una nueva prueba de los especímenes originales por parte de los laboratorios de referencia y de los especímenes de referencia enviados por esos laboratorios a los laboratorios nacionales para fines de examen.

3. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

3.1. Nivel nacional

Se insta encarecidamente a cada país a que prepare un plan general para el PAI y a que suscriba un acuerdo con la OPS y otros organismos colaboradores. En dicho acuerdo deberá estipularse la colaboración

adicional que se necesita de la OPS y de otros organismos participantes para la realización de los planes nacionales de trabajo. Todos los organismos participantes de cada país deberán firmar el acuerdo. Los países que necesiten asesores técnicos a largo plazo deben aprobar su inclusión en el acuerdo y comprometerse a realizar esa actividad según las prioridades de asignación de recursos.

Además, se prestará cooperación técnica para la preparación de los planes nacionales de trabajo. Se llevarán inventarios completos de los recursos existentes y se identificarán las necesidades que es preciso atender para maximizar los aportes a las actividades de los programas. Se considerará la inclusión de asesores técnicos a largo plazo en los planes de los países del Grupo I.

Es indispensable disponer de financiamiento básico en el momento de formular los planes de acción y suscribir los acuerdos.

Se fomentará la participación de otros organismos internacionales en el momento de preparar los planes nacionales de trabajo para garantizar la coordinación necesaria con los organismos donantes. Puesto que cada uno de éstos tiene su propio mandato, la presencia de sus representantes garantizará el cumplimiento de ese mandato en cada caso y evitará la duplicación de esfuerzos comunes que puede ocurrir cuando existen varios proyectos separados. En los planes nacionales de trabajo se identificará la función de todos los organismos participantes en las actividades nacionales.

En los planes de acción se indicarán todos los recursos necesarios para lograr la meta de erradicación y se dará prioridad a la adquisición de los mismos.

Se solicitará a los países que nombren a una persona que pueda encargarse de las actividades de erradicación de la poliomielitis como miembro de la unidad del PAI a nivel central. Esa persona trabajará bajo la supervisión del administrador nacional del PAI (o puede ser este mismo), y tendrá plena responsabilidad por todos los componentes del programa de erradicación de la poliomielitis y dispondrá de los recursos al alcance del PAI.

En cada país, las actividades de erradicación se realizarán bajo la dirección de la oficina nacional del PAI para fortalecer su ejecución y facilitar el logro de los objetivos generales del mismo. Esa oficina supervisará las actividades de erradicación en todos los niveles y velará porque la coordinación con los laboratorios sea un asunto de la mayor prioridad y por identificar las necesidades de adiestramiento y organizar cursos apropiados para atender las necesidades existentes. Esa oficina servirá de punto focal para la identificación de cooperación externa y coordinación de asistencia extrasectorial.

3.2 Participación externa e internacional

A fin de encauzar las actividades de erradicación se formará un Grupo Técnico Asesor (GTA) compuesto por especialistas en inmunización y control de la poliomielitis (véanse los términos de referencia en el Apéndice V). El GTA estará formado por cinco personas y empleará los servicios de especialistas, según se necesiten para resolver problemas particulares. Cabe señalar que al menos uno de sus integrantes entrará a formar parte del Grupo Asesor Mundial (GAM) del PAI, a fin de ofrecer la coordinación necesaria con las actividades mundiales del PAI. El presidente del Grupo Técnico Asesor u otro representante del grupo participará en las reuniones de coordinación con otras entidades y organismos que trabajan por el mismo fin.

El GTA estará encargado de prestar asesoramiento en lo que respecta a los componentes técnicos del programa. Se analizarán las estrategias que es preciso emplear para lograr la cobertura de vacunación necesaria. Las recomendaciones relativas a los esquemas de vacunación y la elección de vacunas serán asuntos que se someterán a examen anualmente. El GTA ayudará a identificar las necesidades de investigación, supervisar los adelantos de los estudios en marcha y examinar los protocolos y los resultados. Se reunirá con la frecuencia necesaria (cada trimestre, semestre o año) para analizar los adelantos logrados y los problemas encontrados. Las recomendaciones del GTA se publicarán y distribuirán en toda la Región. La oficina del PAI de la OPS servirá de Secretaría del GTA. La primera reunión de este grupo se realizará en julio de 1985 con el objeto de examinar el Plan de Acción antes de la reunión del Consejo Directivo.

Para garantizar la coordinación de los aportes de todas las agencias internacionales, el Comité de Coordinación Interagencial, formado por representantes de todas las agencias internacionales (OPS, UNICEF, el Club Rotario Internacional, AID, BID y el Grupo Especial de Bellagio), participará en las actividades de erradicación. Ese Comité se reunirá siempre que sea necesario (cada trimestre, semestre o año) para analizar los adelantos logrados y determinar la asistencia necesaria. El Comité de Coordinación procurará conseguir la participación de los diversos organismos en la etapa de planificación nacional para garantizar la coordinación de los aportes de los organismos donantes a los países. La primera reunión del Comité de Coordinación se celebrará en julio de 1985 para analizar el Plan de Acción Regional e identificar la clase de asistencia que puede prestar cada uno de los organismos en las actividades aquí explicadas. La oficina del PAI de la OPS servirá de Secretaría del Comité de Coordinación.

Además, para garantizar la coordinación de la asistencia interorganismos, los organismos internacionales y la OPS deberían suscribir un acuerdo después de discutir el Plan de Acción. En dicho acuerdo se definirán las funciones de cada organismo participante. De esa forma, cuando se puntualicen otras necesidades, se habrán identificado previamente los organismos que mejor pueden responder.

3.3 Coordinación interna - OPS

La Oficina Regional del PAI coordinará todas las actividades relativas a la erradicación. Todos los informes y solicitudes de asistencia recibidos del exterior pasarán por la Oficina del PAI que, a su vez, coordinará la asistencia, según sea necesario, por intermedio de otras divisiones de la OPS. Esto reviste suma importancia para garantizar la compatibilidad y coordinación de las actividades regionales.

Se prestará cooperación técnica en todos los campos operativos de los programas por intermedio de la OPS y sus Países Miembros. Se facilitarán consultores expertos no pertenecientes a la Organización para prestar asistencia a medida que se presenten las necesidades. Esos consultores pueden incluir epidemiólogos, virólogos, técnicos de laboratorio, especialistas en la cadena de frío, expertos de los medios de información pública en educación sanitaria y economistas.

Se estima que se necesitarán de 10 a 11 epidemiólogos y asesores técnicos para trabajar en países del Grupo I. De preferencia se nombrarán personas naturales de cada país quienes estarán a cargo de ayudar a los Ministerios de Salud en la planificación y ejecución de las actividades de erradicación.

El personal nacional trabajará estrechamente con funcionarios homólogos del Ministerio de Salud en el trabajo de erradicación.

A nivel subregional (interpaíses), se necesitan siete puestos de epidemiólogo (de los cuales ya se han conseguido cinco) para trabajar de asesores técnicos a nivel internacional y prestar apoyo y asistencia en materia de supervisión al personal nacional (Apéndice II). Ayudarán a determinar las necesidades que exigen intervención especial en los países bajo su jurisdicción, participarán en las visitas de clasificación realizadas por los grupos de investigación y prestarán cooperación técnica directa, cuando proceda.

Además del personal nacional y subregional, se necesita personal de apoyo con el que pueda contar la Oficina del PAI a nivel regional. Esta actividad comprenderá el apoyo prestado por virólogos (con amplios conocimientos del trabajo de laboratorio) para ayudar a establecer una red de laboratorios en la Región (en la que se incluirán actividades de capacitación, supervisión, consecución de suministros y control de la calidad). También se necesita otro epidemiólogo que deberá ayudar a coordinar las actividades relativas a vigilancia epidemiológica, investigación de brotes, formulación de estrategias de inmunización y asistencia en materia de supervisión a los asesores subregionales. El aumento previsto del trabajo de acopio y elaboración de datos exigirá un mayor apoyo estadístico.

4. FINANCIAMIENTO Y COMPONENTES FINANCIEROS

4.1 Monto del financiamiento

A fin de cumplir con los objetivos fijados para 1990, se prevé que se necesitarán cerca de EUA\$110 millones. Unas dos terceras partes de esa suma provendrán de los Países Miembros para sus propias actividades y una tercera parte de organismos donantes internacionales. Los demás costos relacionados con la certificación serán de un importe mucho menor y se calcularán a medida que se ejecute el programa. Se deberá contar con fondos en el momento de preparar los planes de acción, lo que permitirá realizar las actividades inmediatamente. Los costos externos proyectados de los componentes de la actividad de erradicación son los siguientes:

| <u>Costos proyectados</u> | <u>Total en EUA\$</u> |
|---|------------------------------|
| Personal | \$ 7.100.000 |
| Administración, información y documentación | 1.100.000 |
| Vacunas | 10.773.000 |
| Reuniones | 950.000 |
| Laboratorios | 550.000 |
| Capacitación | 2.200.000 |
| Actividades nacionales de movilización | 5.250.000 |
| Actividades de fomento. | 3.750.000 |
| Cadena de frío | 3.000.000 |
| Evaluaciones | 2.000.000 |
| Investigaciones | 2.000.000 |
| Fondo de emergencia | <u>6.000.000</u> |
| Total, financiamiento externo | <u>\$44.473.000</u> ===== |

En los Apéndices III y IV se presenta un desglose más detallado y un análisis financiero preliminar.

Debería disponerse de los servicios de un economista al preparar los planes de cada país, para fines de determinación del costo. Se procederá a hacer los cálculos del costo que incluirán sueldos del personal adicional, costos de transporte (inclusive transporte aéreo), viáticos, gastos previstos de investigación de casos sospechosos identificados, vehículos, gasolina, vacunas, equipo de cadena de frío y costos de establecimiento de laboratorios (inclusive de reactivos, transporte y envío de especímenes). Al formular el programa será preciso tener en cuenta todos los gastos permanentes y de capital. En los presupuestos habrá de incluirse el costo del empleo de los medios de información pública y la producción de material didáctico.

La OPS coordinará con todos los organismos participantes la búsqueda de los fondos necesarios para garantizar el logro de esta meta y podría servir de organismo coordinador de la asistencia financiera prestada para ese fin. Se tratará de conseguir ayuda del Grupo Especial de Bellagio para identificar otras fuentes de financiamiento. Se espera que en septiembre de 1985, cuando se reunirá de nuevo el Consejo Directivo, ya se hayan conseguido los fondos para cubrir las necesidades previstas al menos durante el primer año del programa.

Es importante que los fondos comprometidos se asignen y se pongan a disposición del país lo más pronto posible para poder realizar rápidamente las actividades previstas.

CRONOGRAMA (PROVISIONAL)

1 9 8 5 1 9 8 6

ACTIVIDAD

| | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Identificación del Grupo Técnico Asesor | | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| 2. Sección sobre poliomielitis en el Boletín del PAI | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Evaluación de la clasificación de los países | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Evaluación de los laboratorios de la Región | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Identifi. de grupos de investigación sobre poliomielitis | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Identificación y colocación del personal de la Oficina Regional del PAI/OPS | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Identificación y colocación de asesores subregionales del PAI/OPS | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Desarrollo de sistemas nacionales de vigilancia | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Reuniones del GTA | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Examen del Plan de Acción por parte del GTA | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Reuniones del Comité de Coordinación Interagencial | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Capacitación de los equipos de investigación a nivel nacional | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Encuestas de la cobertura | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Suscripción de acuerdo entre OPS y organismos internacionales | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Identificación de fuentes de financiamiento | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Distribución de la traducción al español de la memoria del Simposio sobre Poliomielitis | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Distribución del manual OPS de erradicación de la poliomielitis | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Preparación del formulario normal de investigación de casos | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Aprobación de una resolución por parte del Consejo Directivo | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Identificación y colocación del personal nacional del PAI/OPS | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Reuniones de los administradores del PAI | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Manual de laboratorio | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Identificación de las necesidades de investigación (GTA) | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Taller para el personal de laboratorio | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Criterios de certificación de la erradicación | | | | | | | | | | | | | |

APENDICE I

CLASIFICACION PRELIMINAR DE LOS PAISES DE LAS AMERICAS
SEGUN LA ACTIVIDAD DE LA POLIOMIELITIS Y LA COBERTURA DE LA VACUNACION

Grupo I: Países infectados por poliomielitis. Son los países que notifican casos autóctonos causados por la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el trienio precedente.

| | | |
|--------------|------------------|----------------------|
| Argentina | Guatemala* | Paraguay* |
| Bolivia* | Guayana Francesa | Perú* |
| Brasil* | Haití* | República Dominicana |
| Colombia | Honduras* | Suriname |
| Ecuador* | Jamaica* | Venezuela |
| El Salvador* | México* | |

*Países donde se pueden nombrar asesores técnicos nacionales.

Grupo II: Países exentos de poliomielitis. Esos son los países que no notifican ningún caso autóctono causado por transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en el trienio precedente. Este grupo se subdividirá en dos categorías, a saber:

Grupo II-A: Países de mayor riesgo. Estos son los países que tienen una cobertura de vacunación inferior al 80% de los niños menores de un año en cualquiera de los tres años precedentes.

| | | |
|----------|---------------------------|-----------------------|
| Anguila | Costa Rica | Islas Turcas y Caicos |
| Bahamas | Dominica | Nicaragua |
| Barbados | Grenada | Panamá |
| Belice | Guyana | Trinidad y Tabago |
| Bermuda | Islas Vírgenes Británicas | Uruguay |

Grupo II-B: Países de menor riesgo. Estos son los países que han mantenido una cobertura de vacunación superior o igual al 80% de los niños menores de 1 año en cada uno de los tres años precedentes.

| | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------------|
| Antigua y Barbuda | Islas Caimán | San Martín y Bartolomé |
| Antillas Neerlandesas | Islas Vírgenes (EUA) | San Vicente y las Grenadinas |
| Canadá | Martinica | Santa Lucía |
| Chile | Montserrat | Estados Unidos de América |
| Cuba | Puerto Rico | |
| Guadalupe | San Cristóbal y Nieves | |

APENDICE II

SUBREGIONALIZACION PROPUESTA DE LAS ACTIVIDADES DE ERRADICACION
DE LA POLIOMIELITIS Y UBICACION DE LOS ASESORES SUBREGIONALES

| <u>Ubicación del asesor</u> | <u>Países de la subregión</u> |
|-----------------------------|---|
| Guatemala | Guatemala El Salvador Nicaragua Panamá Honduras |
| México | México Belice Costa Rica |
| Haití | Haití República Dominicana |
| Colombia | Colombia Venezuela Ecuador |
| Perú | Perú Bolivia |
| Brasil | Brasil Argentina Uruguay Chile Paraguay |
| Trinidad y Tabago (CAREC) | Países de habla inglesa del Caribe y Suriname |

APENDICE III

DESGLOSE DE COSTOS

Personal (\$1.850.000 disponibles en la OPS) \$7.100.000

De dedicación exclusiva - 11 a \$30.000 anuales
 por 5 años = \$1.650.000
 Subregional - 4 a \$100.000 anuales por 5 años = \$2.000.000
 Consultores a corto plazo - \$8,000 mensuales
 por 200 meses = \$1.600.000

Vacuna \$10.773.000

12 a 10^6 niños menores de 1 año (1984) x 5 = 60 x 10^6 (1er año)
 12 x 10^6 niños menores de 1 año (1984) x 4 años = 48 x 10^6
 Total = 108 x 10^6 niños que deben inmunizarse a razón de
 3 dosis por niño = 324 x 10^6 dosis x 1,33 (desperdicio) = 430 x 10^6
 a \$0,025 la dosis = \$10.773.000
 (Primer año = \$5.985.000)
 (Años 2, 3, 4 y 5 a \$1.197.000 anuales)

Reuniones (aproximadamente) \$ 950.000

GTA -- 3 reuniones anuales por 5 años = \$257.250
 7 personas x 3 días por reunión a \$150 diarios = \$3.150
 Viajes a \$2.000 por persona = \$14.000

PEP -- Personal que trabaja en erradicación de la poliomielitis-
 (coordinadores nacionales):
 36 países por 2 personas por país = 72 personas
 15 funcionarios regionales
 5 consultores expertos
 Viajes a razón de \$1.000 por persona = \$92.000
 Viáticos a razón de \$100 diarios por persona por 3 días = \$300
 Una reunión anual por 5 años = \$598.000

CCI -- (Comité de Coordinación Interagencial)
 3 reuniones anuales por 5 años = \$90.000
 10 personas por un día de reunión a \$100 diarios = \$1.000
 Viajes a \$500 por persona = \$5.000

| | |
|--|---------------------|
| <u>Laboratorios</u> | <u>\$ 550.000</u> |
| 6 laboratorios de diagnóstico de virus a \$40.000 por laboratorio = \$240.000 | |
| 2 laboratorios con capacidad de trazado de oligonucleótidos a \$80.000 por laboratorio = \$160.000 | |
| Suministros para los laboratorios de diagnóstico de virus a \$10.000 anuales por 5 años = \$50.000 | |
| Suministros para trazado de oligonucleótidos a \$10.000 anuales por 5 años = \$50.000 | |
| Envío de especímenes a \$20 / por espécimen x 500 especímenes anuales = \$10.000 \$10.000 por 5 años = \$50.000 | |
| <u>Costos de movilización del personal nacional</u> (Viajes y viáticos) | <u>\$5.250.000</u> |
| <u>Costos de promoción</u> (radio, televisión y prensa) | <u>\$3.750.000</u> |
| <u>Capacitación</u> | <u>\$2.000.000</u> |
| <u>Cadena de frío</u> | <u>\$3.000.000</u> |
| <u>Evaluaciones</u> | <u>\$2.000.000</u> |
| Encuestas de cobertura - \$35.000 por encuesta por 10 encuestas anuales por 4 años = \$1.400.000 | |
| Evaluaciones de países - \$15.000 por evaluación por 10 evaluaciones al año x 4 años = \$600.000 | |
| <u>Investigaciones</u> | <u>\$2.000.000</u> |
| <u>Administración, Información y Documentación</u> | <u>\$1,100,000</u> |
| <u>Fondo de emergencia</u> | <u>\$6,000,000</u> |
| <u>GRAN TOTAL</u> | <u>\$44,473,000</u> |

APENDICE IV

ANALISIS FINANCIERO PRELIMINAR

Empleando las estimaciones de población para la Región correspondientes a 1984, se calcula que hay 16 millones de niños menores de un año que se beneficiarían de este programa anualmente. Con el plan de inmunizar a todos los niños menores de 5 años durante el primer año y a todos los menores de un año en años subsiguientes, para 1990 el número de beneficiarios previsto habrá aumentado a 144 millones.

Aunque en la actualidad no es posible calcular todos los beneficios socioeconómicos, un análisis de costo-beneficio del programa de control de la poliomielitis en Brasil realizado en 1983 indicó un ahorro de EUA\$20 millones entre 1980 y 1983. (Esos cálculos se basan en un costo de \$271 por caso por atención de cada caso agudo y de \$2.400 por rehabilitación en un período de diez años; la pérdida de productividad y su costo para la sociedad no se han incluido en este cálculo.)

Antes de ejecutar el PAI en la Región de las Américas, se notificaban en promedio más de 3.000 casos y cerca de 350 defunciones por poliomielitis anualmente en la Región. Reconociendo el grave problema de la notificación insuficiente, se puede calcular con bastante seguridad la verdadera morbilidad, multiplicando esas cifras por un factor de 5, como mínimo. En un estudio efectuado en 1977 se estimó que el costo promedio de la atención de cada caso agudo de poliomielitis en los hospitales era de EUA\$253 (oscilando entre \$100 y \$800). Al emplear las estimaciones hechas en Brasil de los costos de rehabilitación de \$2.400 por caso, el costo para la Región aumenta a cerca de \$40 millones anuales (3.000 casos por 5 por \$2.653 por caso tratado equivalen a \$39,8 millones). En este cálculo se supone que todos los casos agudos reciben máxima atención y se someten a rehabilitación; no se incluyen aquí las pérdidas de ingreso por parálisis ni la pérdida de la vida.

La erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis le costará a la Región cerca de \$110 millones en los próximos cinco años, o sea \$22 millones anuales. El ahorro en costos médicos en ese período sería de unos \$200 millones, de manera que habría un ahorro neto igual al costo del programa de erradicación. Por supuesto, el ahorro continuará creciendo después de terminar la campaña quinquenal de erradicación. De 1990 en adelante, el costo de vacunación y de mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis deberá reducirse sólo a \$5 millones anuales mientras que el ahorro en costos médicos--en comparación con la situación predominante antes de la institución del PAI--seguirá siendo de cerca de \$40 millones anuales, lo que deja un ahorro neto de \$35 millones anuales.

Los ahorros logrados en el futuro deben descontarse, para fines de comparación con el ahorro inmediato. Si se emplea un tipo de descuento de 10% (según el cual un dólar ahorrado hoy vale \$1,10 el año entrante), desde 1985 hasta finales del siglo, el valor descontado actual (VDA) del ahorro de la erradicación de la poliomielitis no será inferior a \$230 millones. En esta estimación se incluye un ahorro de \$83,4 millones en los cinco años de la campaña de erradicación (menos de \$100 millones por causa del descuento entre 1987 y 1990), y de \$146,9 millones en el próximo decenio (esta cifra es inferior a la que se obtiene al multiplicar diez años por \$35 millones porque los ahorros del primer año, en 1991, se descuentan a sólo \$21,7 millones y en los años subsiguientes en una proporción mucho mayor). Esta aproximación indica que, para el año 2000, la erradicación de la poliomielitis pagará su propio costo 2,3 veces a consecuencia de la reducción de los costos médicos únicamente.

Esta conclusión, por supuesto, cobra aún mayor fuerza si se tiene en cuenta la reducción de la productividad y, por ende, el menor ingreso que reciben durante su vida las víctimas de la poliomielitis. Suponiendo que sólo el 40% de esas personas habrían formado parte de la fuerza de trabajo en su vida adulta y que, por tanto, habrían contribuido a engrosar el producto nacional bruto y ganado además una quinta parte de lo que devengan en promedio todos los trabajadores, por su falta de escolaridad y poca productividad, la pérdida de ingresos de cada persona afectada por la forma parálitica de la poliomielitis sería del orden de \$650 anuales. Durante una vida productiva limitada a 37 años hábiles (de los 18 a los 55 años), el VDA es de \$1.250 por persona, teniendo en cuenta que la poliomielitis afecta a sus víctimas en los dos primeros años de vida, de manera que el ingreso que comienza a devengarse a los 20 años se descuenta en gran proporción. El ahorro de la prevención de 15.000 casos de poliomielitis equivaldría a otros \$16,8 millones en los primeros años o sea una suma casi igual al costo anual de la campaña de erradicación. Desde 1985 hasta el año 2000, el ahorro total sería de \$127,6 millones, más que el costo total de erradicación.

APENDICE V

TERMINOS DE REFERENCIA DEL GRUPO TECNICO ASESOR (GTA) DEL PAI/OPS

1. Según el Plan de Acción para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas en 1990, deberá constituirse un Grupo Técnico Asesor (GTA) para ayudar a la Secretaría de la OPS en su ejecución.
2. Para lograr lo anterior, el Director procederá a nombrar a un destacado grupo de consultores para asesorar a la OPS en el trabajo de aceleración del Programa Ampliado de Inmunización en las Américas y en las actividades de erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en la Región en 1990.

El Grupo Técnico Asesor estará formado por cinco personas que trabajarán con la asistencia de otros consultores y/o grupos de estudio en casos específicos.

3. El Grupo Técnico Asesor desempeñará las siguientes funciones:
 - a) Orientará a la Secretaría de la OPS en lo que respecta a las prioridades del programa en los próximos cinco años;
 - b) Asesorará y guiará a la Secretaría de la OPS en lo relativo a las estrategias y tácticas óptimas para lograr las metas generales del PAI y erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas en 1990;
 - c) Vigilar la ejecución del Plan de Acción Regional para lograr las metas citadas;
 - d) Fomentar la comprensión y el apoyo de los objetivos del programa entre las instituciones técnicas y los organismos bilaterales, multilaterales y privados así como entre los dirigentes políticos;
 - e) Participar en misiones de evaluación de programas y en reuniones a nivel de los países.
4. Los miembros del Grupo Técnico Asesor serán nombrados por el Director por un período de un año, que se prorrogará si lo estima conveniente.
5. Al menos un miembro del GTA debe formar parte del Grupo Asesor Mundial (GAM) del PAI. Al menos un miembro del GTA también debe participar en las reuniones de otras entidades y organizaciones para asegurar la debida coordinación y un buen intercambio de información.
6. Las reuniones del GTA se celebrarán cuando se estime conveniente, de ordinario dos veces al año, y se preparará un informe de cada reunión para hacerlo circular a los interesados.

