PD-ABM-887
99299

FIRST QUARTER REPORT
EXPANDED PROGRAM ON IMMUNIZATION
JANUARY - MARCH 1996

I BACKGROUND

1.	Project Title:	Accelerated Immunization II Project.
2.	Project Number:	598-0786
3.	Grant Number:	LAC-0786-G-00-1031-00

II PURPOSE OF PROJECT

To increase the efficiency and effectiveness of immunization service delivery by:

1. Reducing missed opportunities to vaccinate,
2. Improving geographical access to immunization services, and
3. Reducing the Drop-out rate.

III PROJECT ACTIVITIES

a. Personnel for Technical Assistance, Supervision, and Coordination

Dr. Ciro de Quadros participated in the joint USAID/PAHO meeting in Guatemala, from March 18 through 20, to discuss the continuation of USAID's contribution to the SVI, and to the measles elimination program in particular. Please refer to Annex I for the minutes of USAID/PAHO meetings.

Mr. Peter Carrasco participated in the joint USAID/PAHO meetings in Lima, Peru, and La Paz, Bolivia (March 24-28), to discuss the continuation of USAID's contribution to the SVI, and to the measles elimination program in particular. Please refer to Annex I for the minutes of USAID/PAHO meetings.

Dr. Cristina Nogueira coordinated the evaluation of the measles surveillance system in El Salvador from February 19 through March 1, with the participation of representatives from the CDC, the ministry of health in Mexico, and our staff members: Salvador Garcia and Mauricio Landaverde, and our STC in Nicaragua, Dr. Carlos Castillo. This activity was financed with PAHO regional measles funds. Please refer to Annex II for the report on the Evaluation of the measles surveillance system in El Salvador.

Dr. Nogueira also participated in the following meetings during this reporting period:

1) Meeting on measles surveillance with the participation of representatives from Costa Rica, El Salvador, Guatemala. Honduras, Mexico, Nicaragua, and Panama. The meeting took place in Managua, on March 7. This meeting was financed with funds from the Spanish International Cooperation Agency. Please refer to Annex III for the final report.

2) Joint USAID/PAHO meetings in Nicaragua, Guatemala and El Salvador, from March 18 through 21, to discuss the continuation of USAID's contribution to the SVI, and to the measles elimination program in particular. Please refer to Annex I for minutes of the meeting.

3) Joint USAID/PAHO meetings in Lima, Peru, and La Paz. Bolivia (March 24-28), to discuss the continuation of USAID's contribution to the SVI, and to the measles elimination program in particular Please refer to Annex I for minutes of the meeting.

Dr. Salvador Garcia. our staff member stationed in Haiti, also participated in the evaluation of the measles surveillance sysytem in Central America, in addition to his continued involvement in the country's immunization program and the implementation of the national measles surveillance system.

Dr. Sandra Silveira, our staff member stationed in La Paz, Bolivia, carried out he following local supervisory visits:

1) Sucre. Potosi and Oruro, from March 18 - 23.

Dr. Bradley Hersh participated in the following meetings and workshops during this reporting period:

1) National Policy Meeting in Santiago, Chile, from January 3 to 5, where the measles vaccination strategy was discussed. Please refer to Annex IV for report on this meeting.

2) Informal meeting on measles surveillance with the participation of representatives from Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Nicaragua, and Panama. The meeting took place in Managua, Nicaragua, on March 7.

3) Measles surveillance workshops in Saint Maarten and Guadeloupe, from March 17 - 23, to discuss surveillance activities in the French-speaking Caribbean.

In addition to the above meetings, Dr. Hersh also participated in the evaluation of the measles surveillance system in El Salvador, which took place from February 19 to March 1,

At the end of this first quarter of 1996, there were a total of 6 FTE's financed with USAID regional funds.

b. Epidemiological Surveillance and Management Information Systems.

Poliomyelitis:

PAHO changed the requirement for the collection of stool samples from acute flaccid paralysis cases (AFP). The surveillance indicator previously required that two stool samples be taken from every AFP case. Starting in 1996 on one adequate stool sample will be necessary to comply the surveillance criteria. This decision is based PAHO/SVI's on the study of the comparison of isolation rates of wild polio virus from first stools samples and comparison with the second stool sample. The study showed that a second sample increased virus isolation rates by 8%. However, the main focus of AFP surveillance is to identify infected areas through the isolation of wild poliovirus from stool samples of AFP patients. Thus the prime concern is the sensitivity of identifying areas where the wild poliovirus is circulating than the the identification of wild poliovirus from each individual cases. The study also showed that 45% of the laboratory workload could be reduced if only one stool sample were to be collected. The study showed that there are as many as four opportunities to identify wild poliovirus from other cases which occurred in the same polio infected zone. (See copy attached of EPI Newsletter Volume XVII Number V, October 1995 which is included as Annex IV, for further information.)

Data on polio surveillance indicators for this reporting period shows a significant decrease in the compliance with the established criteria. PAHO/SVI is working with all countries to assure that sufficient resources are allocated for investigation of all AFP cases.

The polio reference laboratories processed 734 stool samples from 391 AFP cases during the first quarter of 1996. In none of the stool sample studied was a wild poliovirus isolated.

Please refer to Annex V for the polio surveillane indicators in Latin America.

Measles

In 1995, a provisional total of 6,281 confirmed cases measles cases were reported. (Please see Annex VI for a copy of the SVI measles surveillance bulletin). This is the all time record low since measles surveillance was started. Of the total confirmed cases reported in 1995, 51% had

laboratory documentation of measles virus infection and 49% were confirmed solely on the basis of a clinical measles diagnosis and were not investigated in the laboratory.

Most countries, including the United States (301 cases) reported exceptionally low measles incidence. An exception was the 2,301 cases (37% of the total reported cases reported) from Canada, where a large, "slow-burning" measles outbreak occurred among highly vaccinated school-aged children in Ontario.

Measles is now a rare infection in Latin America. A surveillance evaluation conducted recently in El Salvador did not detect any evidence of significant measles transmission. (Please refer to Annex II). Several countries in the region including, Chile, Cuba, and the English-speaking Caribbean have experienced 2 or more measles free years. Furthermore, those countries that continue to report measles have only reported sporadic cases which are isolated in terms of time and place.

Surveillance needs to be strengthened throughout the region. Moreover, the laboratory testing of suspected measles cases will become increasingly important. When measles virus was circulating at high levels, experienced clinicians needed little help to detect and confirm measles. However, with low levels of measles transmission occurring, laboratory confirmation is critical.

For the Americas to achieve its measles elimination goal, increased efforts are needed to eliminate measles from other parts of the world. The only way to assure long-term regional interruption of measles transmission will be through the GLOBAL ERADICATION OF MEASLES. The measles elimination experience in the Americas provides strong evidence that given the implementation of an appropriate vaccination strategy throughout the world, measles eradication can indeed be achieved.

c. Meetings

During this reporting period, there were no meetings financed with USAID funds.

d. Laboratories

No Regional funds were used to support this activity during this quarter.

e. Training

There were no training activities financed by USAID regional funds during this quarter.

f. Mobilization for Supervision and Outbreak Surveillance

Dr. Mac Otten was contracted as a Temparary Advisor from February 4 - 14 in order to travel to Trinidad and Tobago and Guyana to review the CAREC database and the 1996 suspected measles cases, and to review the measles surveillance activities in Georgetown.

g. Cold Chain and Logistics

During the first quarter of 1996 a mail survey was carried for collecting data on safe syringe practices. The purpose of the survey was to assemble data for determining what mechanisms are in place for monitoring safe syringe practices. The data will be analyzed and reported during the second quarter.

Similarly countries were requested to update PAHO on their open vials policy and carry out a survey. The results of this effort will ready during the third quarter of 1996,

h. Research

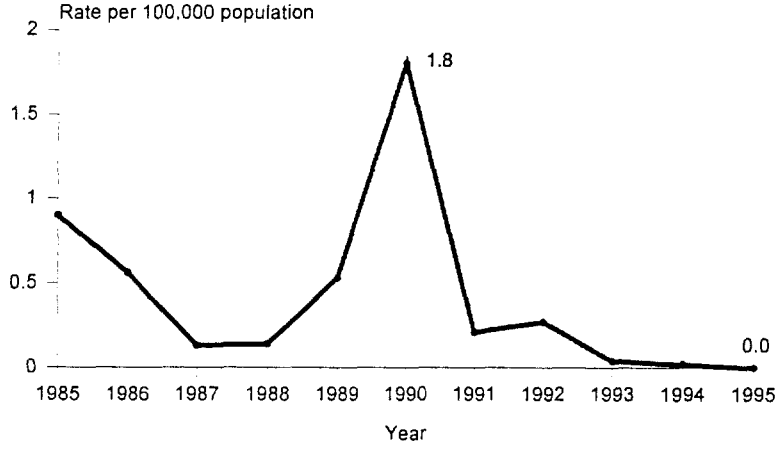
No regional research activities were carried out in this quarter.

V. BASE LINE INDICATORS

1. MORTALITY REDUCTION:

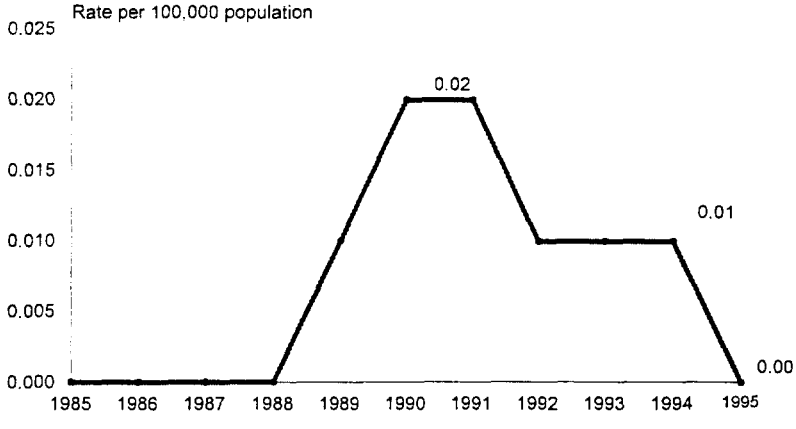
The graphs below show the declining tendency of mortality rates for vaccine preventable diseases in the Region. The data for mortality rates in 1994 and 1995 are not updated because of delays in consolidating this information at the national level. The rate for polio is zero since 1985.

Annual mortality rate for measles
Region of the Americas, 1985-1995*



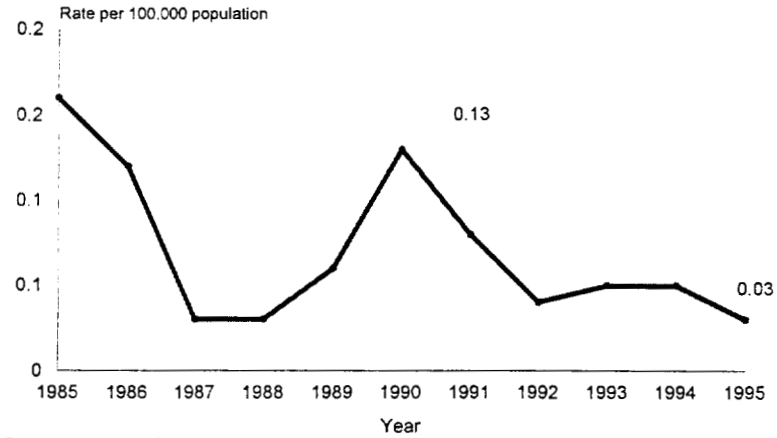
Source: SVI/PAHO
* Provisional Data

Annual mortality rates for diphtheria
Region of the Americas, 1978-1995*



Source: SVI/PAHO
* Provisional Data

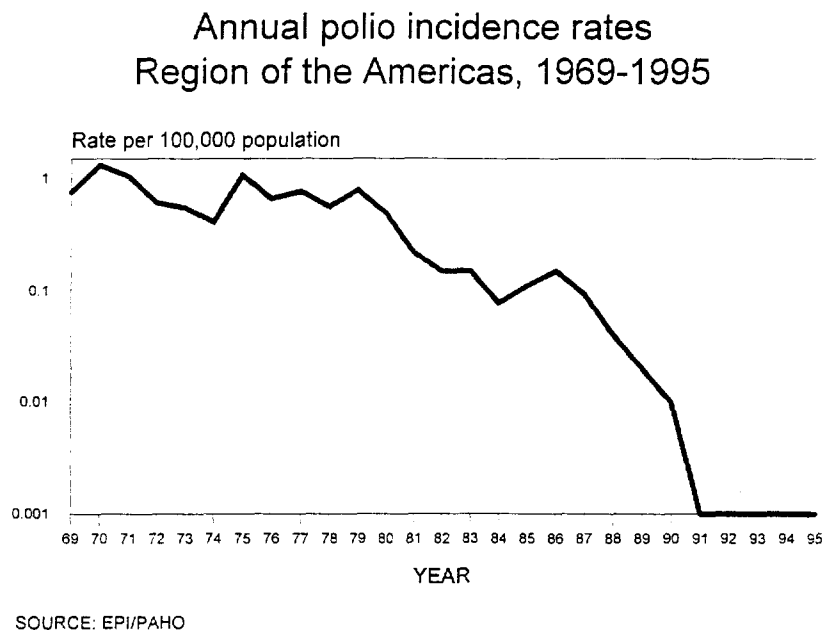
Annual mortality rate for pertussis
Region of the Americas, 1985-1995*



Source: SVI/PAHO
* Provisional data

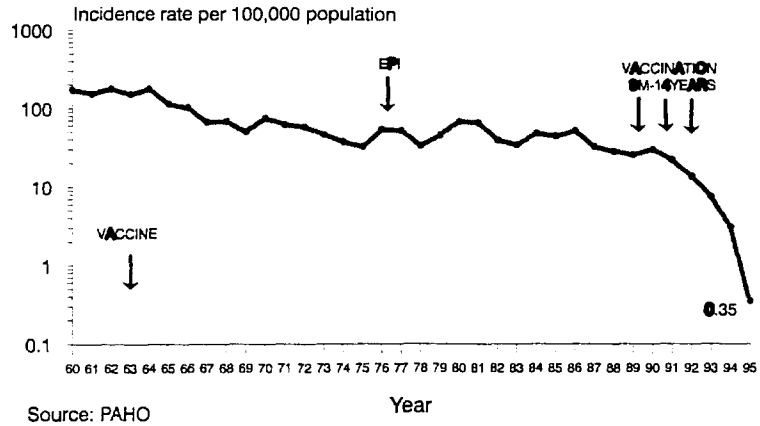
2. MORBIDITY REDUCTION:

As shown in the graphs below, there has been a steady decline in morbidity rates for vaccine preventable diseases during the periods analyzed.



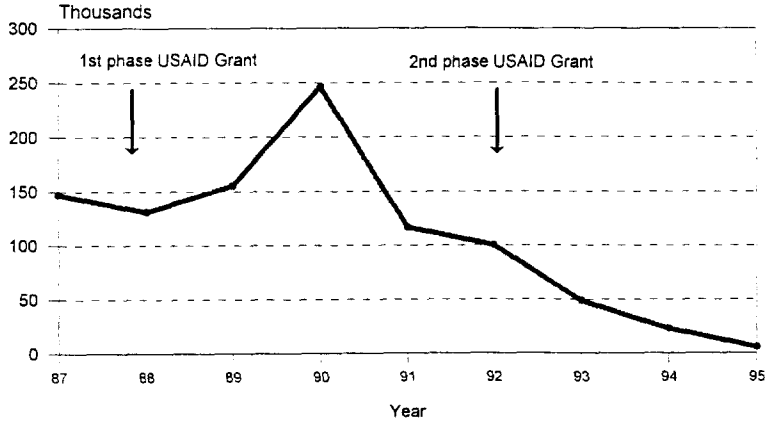
SOURCE: EPI/PAHO

Annual measles incidence rates
Region of the Americas, 1960 - 1995*



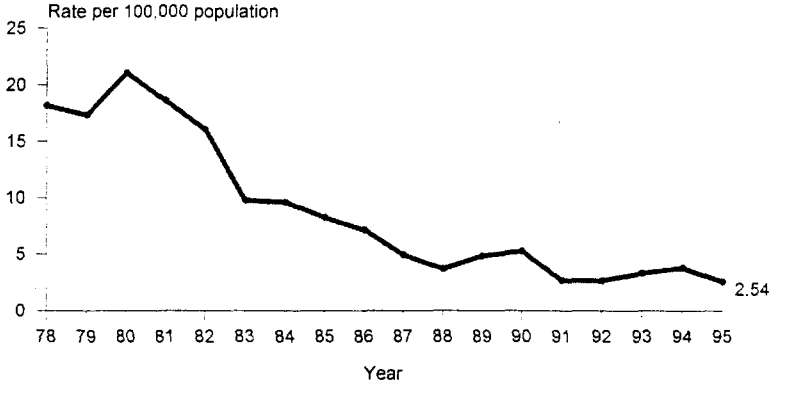
Source: PAHO
* Provisional Data

Number of measles cases notified
Region of the Americas, 1987-1995*



Source: EPI/PAHO
* Provisional Data

Annual pertussis incidence rates
Region of the Americas 1978-1995*



Source: SVI/PAHO
* Provisional data

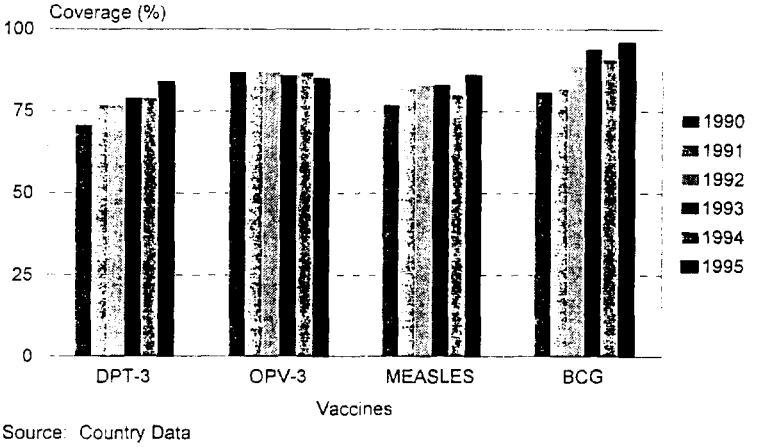
Annual diphtheria incidence rates
Region of the Americas, 1978-1995*

Source: SVI/PAHO
* Provisional data

3. VACCINATION COVERAGE OF CHILDREN:

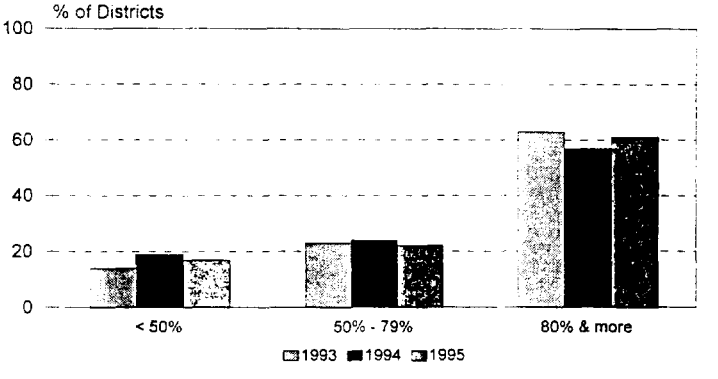
The immunization coverage rates for the EPI vaccines have increased steadily since the program was launched in 1977. The graph below shows that immunization coverage in the period between 1990 and 1994 continued to increase. But, in 1994 a slight decline was observed due to the following: reduction of financial resources, changes in the databases of the National Information System, and changes in the vaccination strategies. In 1995 there was a notable increase in most EPI vaccines.

Vaccination coverage of children < 1 year of age, Region of the Americas, 1990-1995*



Source: Country Data
* Provisional Data

Distribution of districts by range of measles coverage in children less than one year Latin America, 1993-1995*



Source: EPI/PAHO
* Provisional data

The subsequent table shows that coverage rates were not uniform throughout the Region and variations occurred within countries as well.

Vaccination coverage in children under one year
Region of the Americas, 1995*

REGION	COUNTRY	DPT-3	OPV-3	MEASLES	BCG
Andean	Bolivia	87.87	89.38	82.61	77.33
	Colombia	90.83	91.82	77.36	99.32
	Ecuador	73.63	88.9	72.93	100
	Peru	94.39	92.49	97.47	95.3
	Venezuela	67.82	85.06	67.33	92
Brazil	Brazil	79.97	78.81	87.96	99.22
Central America	Belize	82.88	83.23	87.44	92.08
	Costa Rica	84.97	84.06	94.1	99.04
	El Salvador	99.94	94.2	93.58	100
	Guatemala	77.6	80.64	81	76.6
	Honduras	96	96	90	99
	Nicaragua	84.76	96.08	81.16	100
	Panama	86	86	84	99
English Caribbean	Anguilla	97.24	98.9	92.27	100
	Bahamas	87.02	86.01	90.01	-
	Barbados	92.75	92.92	92.13	-
	Cayman Islands	97.99	97.99	95.07	75.91
	Grenada	95.01	77.01	88.04	-
	Guyana	86	87	77	93
	Jamaica	90.17	90.22	89.31	97.63
	Monserrat	100	100	100	100
	St. Christopher & Nevis	99.04	99.04	99.04	-
	St. Lucia	98.02	98.02	94.01	98.02
	St. Vincent & Grenadines	97.02	97.02	100	99.01
	Suriname	84	81	79	-
	Trinidad & Tobago	89	90	90	-
	Turks & Caicos	100	100	99.08	100
	British Virgin Islands	100	100	100	100
Latin Caribbean	Cuba	100	94.94	100	99.41
	Dominican Republic	83.4	80	85.3	75.5
Mexico	Mexico	91.5	91.9	89.9	97.9
North America	Bermuda	86.03	92.1	86.03	-
Southern Cone	Argentina	66.08	70.24	75.53	96.11
	Chile	97.85	97.85	95	80
	Paraguay	77.14	77.3	76.32	89.28
	Uruguay	86.87	86.87	83.93	89.93
Total		83.94	85.23	85.51	95.92

(-) No data reported
* Data as of 26 April

4. CUMULATIVE COVERAGE FOR TT2 IN WCB IN HIGH RISK AREAS:

Coverage with tetanus toxoid in those areas at highest risk for neonatal tetanus also continues to increase. The table below shows the progress being made in relation to the elimination of neonatal tetanus in the Region of the Americas. There has been a steady decline in the number of cases within the districts identified as high-risk areas.

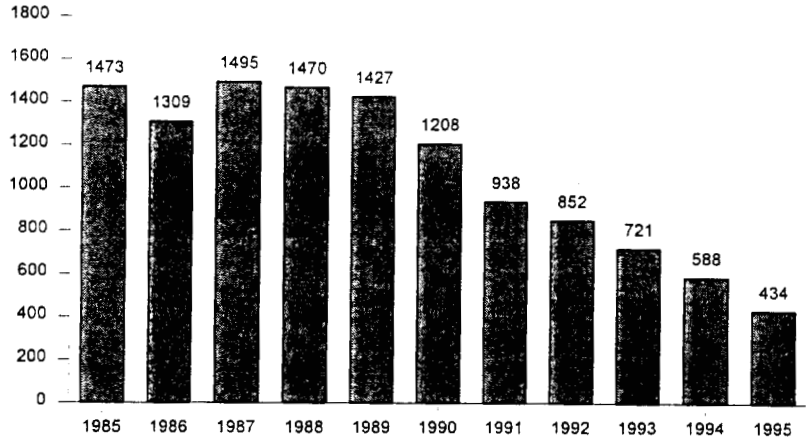
The Americas has reached the World Summit on Children target of neonatal tetanus (NNT) elimination as a public health problem. the graphs shown in the following page show that efforts continue to be focused on the identification of high-risk areas and on the vaccination of all women of childbearing ages with at least two doses of tetanus toxoid.

Annual Confirmed Cases of Neonatal Tetanus
Selected Countries, 1990-1995*

COUNTRY	NNT CASES REGISTERED PER YEAR					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Argentina	8	18	7	5	11	5
Bolivia	46	45	45	21	21	10
Brazil	298	272	229	218	151	109
Colombia	165	142	100	71	61	35
Dominican Rep.	4	5	0	0	5	0
Ecuador	88	80	71	81	57	50
El Salvador	25	18	25	18	8	3
Guatemala	60	15	24	19	17	8
Haiti	143	...	...	...	...	...
Honduras	39	18	10	6	9	3
Mexico	145	146	137	97	81	67
Nicaragua	15	11	9	7	4	4
Panama	5	6	3	2	2	1
Paraguay	38	33	18	29	18	16
Peru	93	89	140	120	129	96
Venezuela	28	35	29	27	14	17
TOTAL	1,200	933	852	721	588	434

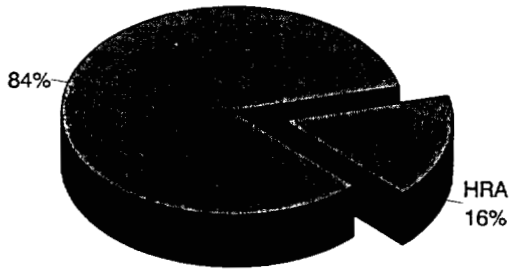
... Data not Available
* Provisional Data

Number of neonatal tetanus cases in the Americas, 1985-1995*



Bolivia, Brazil, Colombia, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Venezuela
SOURCE: EPI/PAHO
* Provisional Data

PROPORTION OF HIGH RISK AREAS IN 16 LATIN AMERICAN COUNTRIES 1995



TOTAL DISTRICTS IN 16 COUNTRIES: 12,521
NUMBER OF HIGH RISK AREAS: 2,431

SOURCE: EPI/PAHO

5. IMPROVING GEOGRAPHIC ACCESS TO IMMUNIZATION SERVICES:

The table below compares data for coverage with DPT 1 for 1994 with 1996, which is the indicator for access to immunization services. The data show that all of the countries which reported indicate a marked increase in the number of muncipalities with 90% coverage of DPT 1. In those countries special efforts and complementary strategies are being implemented successfully in hard-to-reach areas to improve geographic access .

The data for 1996 is incomplete for Ecuador, Guatemala and Peru due to changes in their Information Systems. Therefore, this information is not reflected in the figures below.

PERCENT OF DISTRICTS WITH 90% OR MORE OVERAGE WITH DPT 1, FOR THE NINE USAID PRIORITY COUNTRIES, 1994 - 1996

COUNTRY	TOTAL DISTRICTS	% OF DISTRICTS WITH COVERAGE OF 90% OR MORE	
		1994	1996
Bolivia	83	53%	59%
Dominican Republic	129	22%	82%
Ecuador	187	76%	-
El Salvador	262	69%	80%
Guatemala	331	22%	-
Haiti	15	-	-
Honduras	291	57%	70%
Nicaragua	172	60%	88%
Peru	1776	30%	-

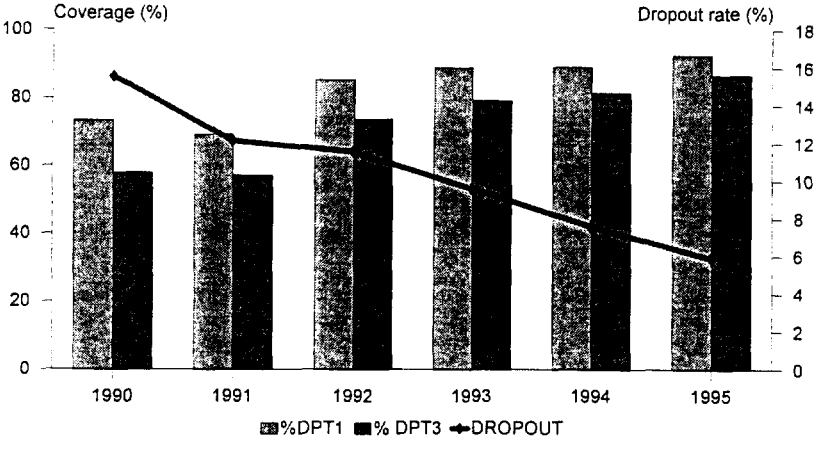
(-) Data not available

6. DROPOUT RATE IN PRIORITY COUNTRIES IN LATIN AMERICA:

The table and graph below show the tendency towards a lower dropout rate between DPT1 and DPT3. The dropout rate was reduced by at least 50% in the majority of countries reporting between 1990 and 1995.

Dropout rate in DPT 1 and DPT 3 in selected countries in Latin America, 1990-1995*						
COUNTRY	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Bolivia	43.88	25.64	19.60	8.99	18.50	10.76
Dominican Republic	NR	NR	17.44	13.31	13.00	1.92
Ecuador	22.79	28.78	20.76	23.01	16.64	24.65
El Salvador	22.55	23.51	11.67	8.58	0.04	1.32
Guatemala	23.51	16.21	11.59	0.70	4.60	0.02
Haiti	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Honduras	6.75	0.78	0.00	5.99	5.50	1.03
Nicaragua	NR	NR	25.22	22.10	23.11	9.25
Peru	17.41	13.77	10.48	8.49	1.75	2.64
Source: Country Data		NR - No data reported			* Provisional Data	

Vaccine coverage and dropout rate for DPT 1 and DPT 3, in selected countries* Latin America, 1990-1995**



Source: SVI/PAHO
* Bolivia, Dominican Rep., Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Peru
** Provisional data

7. REDUCING MISSED OPPORTUNITIES TO VACCINATE:

This table shows the percentage of missed opportunities by year in a study undertaken by the USAID in nine selected countries. Data is not available on a regular basis in some countries, therefore, special follow-up surveys will be held in order to complete the required reporting during the remainder of 1995 and the first quarter of 1996.

PERCENT OF MISSED OPPORTUNITIES AND YEAR THAT STUDY UNDERTAKEN BY THE NINE USAID PRIORITY COUNTRIES AND FOLLOW-UP SINCE THEIR INITIAL STUDY

COUNTRY	YEAR OF STUDY	% OF MISSED OPPORTUNITIES	YEAR OF FOLLOW-UP	% OF MISSED OPPORTUNITIES
Bolivia	1990	32%	1996	*
Dominican Republic	1991	40%	1996	*
Ecuador	1989	34%	1996	*
El Salvador	1989	45%	1991	14%
Guatemala	1990	51%	1996	*
Haiti	None	None	None	
Honduras	1988	45%	1991	10%
Nicaragua	1987	66%	1995	21%
Peru	1990	57%	1995	13%

Notes: Bolivia, Dominican Republic, Ecuador and Guatemala have programmed studies in their national plans of action for 1996, using the same methodology.

8. IMPROVED NORMS FOR IMMUNIZATION AND CONTROL OF VACCINE PREVENTABLE DISEASES:

Field guides for Polio and Neonatal Tetanus have been developed and distributed to all countries in the Region. These materials are being used for training activities, bringing local health workers up-to-date, as well as in several health sector institutions both public and private (NGOs, Social Security...).

At this time, the final version of the Measles field guide is being finalized for publication, and will be distributed to all the countries in the near future.

All countries have established national norms in accordance with regional standards. We are monitoring this through supervision by in-country staff, periodic supervisory visits by regional staff, by subregional and national meetings, and by field progress reports.

9. ANALYSIS OF MINUTES OF ICC MEETINGS, FINANCIAL MONITORING AND NUMBER OF PARTICIPATING INSTITUTIONS

The table below shows that the priority countries are periodically holding ICC meetings and that participation of NGOs is increasing. This has had a direct result in the increase in mobilization of national resources in support of the EPI program.

ANALYSIS OF MINUTES OF ICC MEETINGS IN SELECTED COUNTRIES, SHOWING FINANCIAL MONITORING OF THEIR PLANS OF ACTION AND NUMBER OF NGOs/PVOs PARTICIPATING IN THE PROGRAM FOR 1994, 1995 AND JANUARY-MARCH 1996

COUNTRY	NUMBER OF MEETINGS HELD				FINANCIAL MONITORING OF PLAN			NUMBER OF NGOs/PVOs PARTICIPATING IN EPI		
	1994	1995	1996	1ST QTR	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Bolivia	12	1	1	1	Yes	Yes	Yes	12	53	13
Dominican Republic	6	2	2	2	Yes	Yes	Yes	4	8	-
Ecuador	4	2	-	-	Yes	Yes	Yes	-	5	-
El Salvador	5	4	1	1	Yes	Yes	Yes	42	66	31
Guatemala	6	9	1	1	Yes	Yes	Yes	12	9	230*
Haiti	7	3	-	-	No	-	-	15	15	-
Honduras	5	4	1	1	Yes	Yes	Yes	5	20	20
Nicaragua	4	5	1	1	Yes	Yes	Yes	4	20	20
Peru	9	4	-	-	Yes	Yes	Yes	8	10	-

(-) = Data not available

* List of NGOs participating in the NID's at the local level.

10. DECENTRALIZATION OF EPI RESOURCES TO HIGH RISK AREAS

The table below shows that most countries have been decentralizing the resources and have focused their efforts in the high risk areas. This indicates a more efficient optimization of resourcers.

PERCENTAGE OF RESOURCES DIRECTED TO HIGH RISK AREAS	
COUNTRY	% OF RESOURCES
Bolivia	81.0%
Dominican Republic	-
Ecuador	-
El Salvador	60.0%
Guatemala	80.0%
Haiti	-
Honduras	79.0%
Nicaragua	82.0%
Peru	-

(-) No data available at the printing of this report

IMMUNIZATION PROGRAM SUSTAINABILITY

The table below shows that all the USAID priority countries have increased the portion of their national budget applied to the purchase of biologicals, syringes, and the costs associated with national public health personnel. The data indicates the effort of the countries to attain program sustainability.

COUNTRY	PROPORTION OF RECURRENT COSTS OF THE IMMUNIZATION PROGRAM COVERED BY NATIONAL RESOURCES	
	1990	1995
Bolivia	54.4%	84.70%
Dominican Republic	87.6%	99.1%
Ecuador	85.3%	92.9%
El Salvador	79.9%	86.4%
Guatemala	1.3%	75.6%
Haiti	-	-
Honduras	86.8%	95.6%
Nicaragua	-	79.7%
Peru	50.3%	96.5%

(-) = Haiti figures not available at the time of the report.

VI. BUDGET AND FINANCIAL ANALYSIS

The official financial report for both the regional project and the Country Buy-ins, corresponding to the expenditures for this reporting period, will be prepared by our Finance Department and will be mailed to you under a separate cover.

IV. COUNTRY BUY-INS

NICARAGUA

Biologics/Logistics/Supplies

During this reporting period, USAID Buy-in funds financed the printing of 250,000 vaccination cards for children below 5 years of age.

Training

The following training activities were supported by Buy-in funds during the first quarter of 1996:

1) A workshop on Epidemiological Surveillance for health center directors of the Carazo SILAIS. There were 60 participants at a total cost of $104.00.

2) A one-day workshop to inform on the recent innovations in immunizations was directed to physicians, nurses and medicine students and was done in conjunction with the Nicaraguan Pediatric Society. There were 200 participants at a total cost of $591.00

3) A workshop with staff from the Epidemiology Department, Primary Health Care, and EPI, from the different SILAIS and the Central Level. The workshop dealt with the organization and programming of the 1st National Health Campaign for 1996 (measles). There were 60 participants at a cost of $1,696.00.

4) A Cold Chain workshop to update all EPI staff and cold chain users from the health units from SILAIS Carazo. There were 40 participants at a total cost of $ 272.00

Social Communication

During this reporting period, USAID Buy-In funds were used to promote the activities related to the National Health Day,

Vaccines

No vaccines were purchased with Buy-in funds during this quarter.

Supervision

Supervisory visits were done from the central level to Local Health Units and to high risk districts in order to review the local program of intensive vaccination and epidemiological surveillance activities:

Epidemiological Surveillance

Buy-in funds continued to support surveillance activities such as:

1) Investigation of probable cases of Acute Flaccid Paralysis, Pertussis and Rash and Fever illnesses in the SILAIS of Managua, Madriz (San Juan de Rio Coco), El Varilla, y Bálsamo.

2) Vaccination campaign in the schools (DT) in the SILAIS of León.

3) House to house vaccination activities in the SILAIS/Managua, - C/S Edgar Lang; Jinotega - indigenous communities from Rio Bocay.

Research

A Missed Opportunities study is underway.

Evaluation/Meetings

Project funds were use to finance the following:

1) Informal meeting on measles surveillance with the participation of representatives from Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Nicaragua, and Panama. The meeting took place on March 7.

2) A meeting with EPI staff to review the vaccination plan and to discuss the implementation of the measles vaccination campaign.

3) A meeting with the staff responsible for the EPI activities in the 17 SILAIS, to provide technical cooperation to the Ministry of Health of El Salvador, and to evaluate the measles epidemiological surveillance system.

4) A meeting with representatives of NGOs, public health institutions and Scientific Associations to present the new phase of collaboration between PAHO and USAID for the elimination of measles by the year 2,000.

Cold Chain

During this reporting period, the following cold chain activities were continued:

1) Supervision and maintenance of the National Biologics Bank (Banco Nacional de Biológicos), and the cold chain of the SILAIS.

2) Purchase of tools, supplies and materials for the maintenance of cold chain equipment and cold rooms.

3) Preparation of a cold chian inventory from the SILAIS of Matagalpa, Jinotega and Boaco, to allow a redistribution of the equipment acquired through the PL-480

Operational Costs

Buy-in funds continue to support the contracts of national professionals who support the national EPI program, as well as general operating expenses including office supplies, postage, freight, customs clearance charges, EPI vehicle fuel and maintenance, and repairs and maintenance of office equipment.

DOMINICAN REPUBLIC

As the funding available for Dominican Republic through the BUY-IN is depleting, the following winding down activities are reported:

Biologics/Logistics

No activities reported

Training

There were no training activities reported during this quarter.

Social communication

No activities reported.

Supervision/Epidemiological Surveillance

During this reporting period, the following epidemiological surveillance activities were financed with buy-in funds: transportation of samples to CAREC; support the investigation of AFP cases; continued support to the weekly negative notification, payment of perdiem to technicians who supervised the mop-up activities, and an evaluation of vaccine utilization in 100 health centers.

Research

No activities reported

Meetings

During this quarter, there were no meetngs financed with USAID Buy-in funds.

During this quarter, there were no meetngs financed with USAID Buy-in funds.

Cold Chain

No activities reported

Operational Costs

During this reporting period, there were a total of $446.14 of operational costs which paid for telephone service.

VII. ANNEXES

I - Minutes of the joint USAID/PAHO meetings held in Bolivia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua and Peru.

II - Report on the Evaluation of the Measles Surveillance System in El Salvador.

III - Final Report of the VII workshop on the evaluation of the EPI and the Elimination of Measles in Central America.

IV - EPI Newsletter, Volume XVII, Number 5, October 1995.

V - Indicators for evaluating polio surveillance in Latin America.

VI - Weekly measles bulletin .

ANNEX I

Minutes of the joint USAID/PAHO meetings held in Bolivia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua ans Peru

AYUDA MEMORIA

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS y AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y Eliminación del Sarampión

BOLIVIA

1) La reunión se llevó a cabo en la sede de la OPS, en La Paz, Bolivia, el 27 de marzo de 1996. Participaron funcionarios del Ministerio de Salud, OPS, USAID, Colegio Profesional y de varias ONG's. Se adjunta a agenda y la lista de participantes.

2) El propósito de la reunión fué de presentar el proyecto nuevo entre USAID y OPS para la eliminación del sarampión con el fin de recibir ideas, comentarios y sugerencias sobre los resultados esperados. Tanto USAID y OPS enfatizaron que el nuevo proyecto no esta orientando hacia documentar "inputs" o "productos". El nuevo proyecto esta orientado para producir una seria de resultados para resaltar la importancia de mantener los logros alcanzados hasta la fecha y avanzar hacia nuevos desafíos, como es la eliminación del sarampión.

3) Tanto OPS como USAID hicieron hincapié que el nuevo proyecto pretende apoyar, fomentar y amplificar las actividades de los países a través de la entrega de asesoría técnica y ciertas actividades de caracter común a los paises.

4) Tambien los participantes manifestaron que el proyecto regional USAID/OPS encaje con el programa nacional de inmunización y su plan de acción nacional.

5) Los participantes reconocen que la mayor responsabilidad recae sobre el sector público en cumplir las metas propuestas y que las acciones a nivel local deben ser priorizadas.

6) El Ministerio de Salud recalcó que las ONGs que colaboran con el PAI ya estan incluidas en el CCI. Una de las preocupaciones expresadas por los representantes del Ministerio de Salud fué la perdida de espacio político, y por lo tanto, se pone en peligro la sostenibilidad del programa.

7) La amplificación de la participación de las ONGs a nivel local en los actividades del PAI fué enfatizado como una de las más importantes actividades para consiguir o mantener la sostenibilidad de los avances logrados hasta la fecha por el sector salud.

8) El representante de la Sociedad Boliviana de Pediatria ofreció que a través de su Boletín, la asociacion puede publicar las normas, informaciones y cualquir otro datos del programa PAI para asegurar que el sector privado se mantiene informado y actualizado sobre el programa.

Siguientes son las recomendaciones generales:

A. **El entorno político:**

► Elaborar indicadores de avance del programa para el nivel político, que sean homogéneos entre los países y sirvan para la toma de decisiones.

► Disenar indicadores simples (de proceso) para uso a nivel nacional para medir el progreso hacia los indicadores Regionales.

► Para que los paises esten claros sobre como y cual informacion se debe recolectar, se debe mejorar la definición de los indicadores seleccionados para cada uno de los resultados del primer nivel.

B: **La entrega de servicios de inmunizacion:**

No hubo mayor recomendaciones.

C: **La vigilancia epidemiologica:**

No hubo mayor recomendaciones.

Reunión para presentación de la nueva fase de cooperación entre OPS y AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y la Eliminación del Sarampión en las Américas 1996-2000

AYUDA MEMORIA
(El Salvador)

1. La reunión se llevó a cabo en la sede de la OPS-ELS, el día 20 de Marzo y contó con la participación de representantes del Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sociedad de Pediatría, PROSAMI (representando 34 ONG's), OPS, AID y UNICEF. En anexo se encuentra la Lista de participantes.

2. Todos los participantes resaltaron los éxitos alcanzados por el Programa Nacional hasta la fecha, el apoyo regional, la difícil tarea de mantener los logros y avanzar hacia nuevos desafíos, com es la Eliminación del Sarampión.

3. Señalaron que los procesos de cambio que están viviendo los países, como la descentralización y la reforma del sector, obligan una mayor participación de otras instituciones del sector, en especial, la Seguridad Social, Ministerio de Educación, las Universidades, las ONG's y médicos privados.

4. También destacaron la necesidad de reforzar el compromiso político y la gerencia institucional del sector publico con los programas básicos y prioritarios de salud, como el PAI.

5. En general, todos reconocieron que el Proyecto Regional propuesto es bien completo y cumple con las expectativas del país de apoyo técnico requerido para la consecución de los objetivos establecidos.

6. Seguindo la orden de presentación del proyecto en la reunión, las discusiones y recomendaciones se desarrollaron en tres áreas de cooperación técnica y estuvieron dirigidas principalmente para realzar algunas actividades ya propuestas y complementar otras.

A continuación se resumen las recomendaciones generales:

A. El entorno político

- Fortalecer la participación de otras instituciones del sector en el CCI. Definir mejor los mecanismos de inclusión y participación. Sugieren la firma de un Memorandun de Entendimiento.

- Hicieron incapié que el Proyecto Regional incluya por su nombre el Seguro Social y las instituciones formadoras de recursos humanos, no solo las ONG's.

Apr. 02 1996 03:26PM P2 PHONE NO. : From : Panasonic TAD/FAX

- Destacaron que la sostenibilidad del programa depende del fortalecimiento del nivel local y se debe reforzar la capacidad de gerencia y prioridad politica en los procesos de descentralización.

- Que se debe aprovechar los Boletines del PAI para la publicación de indicadores de impacto para el nivel político y publicar ejemplos de estudios costo-beneficio sobre el programa en las Américas. También se recomendó ampliar su divulgaión y distribución.

B. La entrega de servicios de inmunización

- Reforzaron que un de los resultados del proyecto para reducir las oportunidades perdidas de vacunación debe ser el manejo integral del niño en la entrega de sevicios. Además, consideraron importante la inclusión de los médicos privados.

- Apoyar los países en la definición de denominadores de mejor calidad en las evaluaciones de cobertura de vacunación, devido a problemas de estimaciones de la población.

- Solicitaron que el proyecto contemple un componente de apoyo logístico a los países para acciones puntuales en complemento a los recursos nacionales.

- Fortalecer el apoyo técnico a las actividades de capacitación a nivel nacional y local, incluyendo las instituciones formadoras de recursos humanos y el Ministerio de Educación.

C. La vigilancia epidemiólogica

- Apoyar el desarrollo de la red de laboratorios de diagnóstico del sarampión a nivel nacional.

- Establecer programas de educación contínua en vigilancia y definir mecanismos para involucrar las otras instituciones y los médicos privados en el sistema de vigilancia del sarampión.

REUNION PARA PRESENTACION DE LA NUEVA FASE
DE COLABORACION ENTRE OPS Y AID EN APOYO AL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES Y ELIMINACION
DEL SARAMPION EN LAS AMERICAS 1996-2000

NOMBRE	INSTITUCION QUE REPRESENTA	FIRMA
Carlos Olivera Tellez	OPS/OMS-ECS	
Eduardo Platero	UNICEF. BIS.	
João Manuel Godoy Bolaños	Instituto Salvadoreño del Niño Tocaí	
Ana Miriam Hernández	PROSAMI.	
Carmen Morales	Ministerio de Salud	
Miguel Hernández Zaldaña	I.S.S.S.	
Miguel A. Aguila Ramírez	ISSS	
Morena Rivas de Tejada	ISSS	
Ricardo Díaz Fuentes	ISSS	
Eladio de Bonilla	MSPAS	
Ellen Ogden	USAID/WASHINGTON	
Cristina Nogueira	OPS/OMS Washington	
Mauricio Landaverde	OPS/OMS	
Joel R. Jala	USAID/EL SALVADOR	

BEST AVAILABLE COPY

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS y USAID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y Eliminación del Sarampión en las Américas 1996-2000

AYUDA MEMORIA
(GUATEMALA)

1. La reunión fue realizada el día 19 de Marzo, en la sede de la OPS-Guatemala. Contó con la presencia de 33 participantes, representantes de varias instituciones públicas y privadas del sector salud, autoridades del Ministerio de Salud del nivel central y departamental, asi como funcionarios de agencias internacionales que colaboran con el Programa Ampliado de Inmunización en el país. Ver Lista de participantes en anexo.

2. Las autoridades del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS) presentes en la reunión aprovecharon para reinterar el compromiso del país en cumplir con las metas del programa. Además, reforzaron la importancia de la sostenibilidad, en el caso de Guatemala, reflejada en el presupuesto nacional mediante Decreto Ley que garantiza la compra de los insumos necesarios.

3. Todos estuvieron de acuerdo que el Proyecto Regional debe buscar el fortalecimiento del MSPAS y favorecer el desarrollo del Plan Nacional, utilizando este mismo tipo de metodologia participativa y de consulta a las instituciones del sector que colaboran con el PAI.

4. Se resaltó que, en el caso de Guatemala, la cobertura de los servicios de salud publica es insuficiente, siendo fundamental la participación intersectorial y de la red de personal voluntario para el logro de las metas.

5. Quedó claro en la discusión que el Proyecto Regional no debe reimplazar las actividades nacionales, reforzando de esta manera su importancia en el apoyo técnico al desarrollo de los programas nacionales.

6. En general, el Proyecto Regional presentado en la reunión fue muy bien recebido por todos los presentes, generando un alto nivel de discusión y participación, en la cual se hicieron comentários, aclaraciones y algunas sugerencias puntuales. Vale resaltar que la mayoria de ellas se refieren a actividades ya contempladas en el proyecto.

El resultado de las discusiones se distribuyen en las tres áreas de cooperación técnica que se describen abajo:

A. El entorno político:

- Reforzar y ampliar el CCI, en especial el papel rector del MSPAS en la integración interprogramática e interinstitucional.

- Fortalecer los aspectos de coordinación del nivel político, en especial con los parlamentarios (Comision de Salud del Congreso), Ministerios de Finanzas y Planificación.

- Definir mejor los mecanismos de participación de las ONG's en el CCI y a nivel local, seleccionando aquellas que realmente pueden colaborar con el programa. Incluirlas en el Plan de Acción Nacional.

- Establecer indicadores de cumplimiento del programa para el nivel político.

- Reforzar la implementación de Comités Nacionales de Asesores de Práticas de Inmunización con la participación de Colegios Profisionales y Universidades.

- Promover el intercambio de experiencias y cooperación entre los países de la Región. Se reforzó la realización de reuniones subregionales y fronterizas.

B. La entrega de servicios de inmunizacion:

- Apoyar los países en la movilización de recursos nacionales que aseguren de forma gradual la sostenibilidad del programa, a través del financiamento nacional de insumos, cadena de frio y costos de operación.

- Apoyar los procesos de descentralización y del manejo integral del niño como resultados del proyecto.

- Fortalecer el apoyo técnico en la definición de metodologias para mejorar la calidad de los datos nacionales, principalmente en lo que se refiere a los denominadores usados (censos poblacionales).

- Incorporar el personal voluntário en los procesos de capacitación, así como prestar apoyo técnico para la preparación de guías de campo para la acción comunitaria.

- Elaborar guías e instrumentos programáticos de carácter general para adaptación a nivel nacional y local. Además, de la asesoría en aspectos de educación y promoción permanente a los formadores de recursos humanos.

- Mayor difusión y distribución de la información técnico-científica sobre los componentes del PAI.

FROM : Panasonic TAD/FAX PHONE NO. : Apr. 01 1995 04:15PM P3

REUNION PARA LA PRESENTACION DE LA NUEVA FASE DE COLABORACION ENTRE OPS Y AID EN APOYO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES Y ELIMINACION DEL SARAMPION EN LAS AMERICAS 1996 - 2000

19-03-96

GUATEMALA

	NOMBRE	INSTITUCION/CARGO	FIRMA
1	Víctor LARA	Clapp & Mayne, Inc.	
2	Rodrigo Bustamante	Clapp and Mayne Inc.	
3	FRANCISCO PINEDA	HOPE	
4	Edwin Quiñonez	Fac. Medicina UFM	
5	Armando León	Clapp & Mayne	
6	Amelia Flores	D.G.SS	
7	Rafael Rodríguez León	D.G.SS.	
8	Angelico Bixcul	DGSS	
9	Mario R. Gudiel Tenas	DGSS	
10	M. MATSUDA	EMBAJADA DEL JAPON	
11	Mario E. Mazariegos M.	ANACAFE	
12	Lucrecia de Escalante	Lab. Enf. Transmisible	
13	Nitté Ramírez	UNICEF Responsable Programa Salud y Nutrición	
14	Otto A. Zeissig B.	D.V.C.E - D.G.S.S.	
15	María Antonieta Tión	Visión Mundial Guatemala	
16	Osmín Reina Enríquez	DVI-DET-DVCE-DGSS	
17	Ellen Cadeau	USAID/WASHINGTON	
18	Patricia Oconor	USAID/Guatemala	
19	Mario Tolón López	División de Rec Humanos	
20	FRANCISCO JAVIER SASVÍN	DIVISIÓN RECURSOS HUMANOS	
21	Lucrecia Morales	Share de Guatemala	
22	Juan C. M. de Lodares	OPS/OMS	
23	Jaime Chía	Asoc. Pró. de Guatemala	

BEST AVAILABLE COPY

REUNION PARA LA PRESENTACION DE LA NUEVA FASE
DE COLABORACION ENTRE OPS Y AID EN APOYO AL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES Y ELIMINACION
DEL SARAMPION EN LAS AMERICAS 1996 - 2000

	NOMBRE	INSTITUCION/CARGO	FIRMA
24	Dr. Ignasi de Juan-Creix	MSF-E Coordinador Central E.	
25	Dr. Ernesto Velasquez	UERC Foc Nicaragua	
26	Irene Mauzia	Coordinadora Accion Comunitaria	
27	CIRO A. de QUEIROS	DIRECTOR, SVI, PAHO	
28	Cristina Nogueira	Asesor Regional - SVI/OPS	
29	Mauricio Landaverde	Asesor programas	
30	Hugo R. Alvarez.	J/Div Rec Humanos	
31	Cristian Lundquist	UNICEF	
32	Barbara Lopez	USAID	
33	Dr. Marlen Cobos	MSF/F	

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS y AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones y Eliminación del sarampión en las Américas 1996-2000.

AYUDA MEMORIA

1. La reunión se llevó a cabo en Managua, el día 8 de marzo en la Sala de Reuniones de la OPS.

2. Se contó con la presencia de funcionários del SVI/OPS, del Ministerio de Salud (MINSA), USAID, Sociedad Nicaraguense de Pediatria, Sociedad Nicaraguense de Enfermería, Proyecto PROSILAIS, UNICEF, Comunidad Europea y diversas ONG's que prestan servicios en el área materno-infantil, con un total de 35 participantes. Se adjunta la Lista de participantes y la agenda.

3. El Programa es entendido como una prioridad en la atención primária a salud por todas las instituciones del sector presentes.

4. En general la reunión se desarrolló con un alto nível de interese por el tema y de participación, mediante comentários, sugerencias puntuales y preguntas de carácter técnico. Vale resaltar, la concordancia general de los participantes con el Plan Regional propuesto.

5. Se reconoció, que en el caso de Nicaragua, el papel protagonista y la responsabilidad del sector público en la prestación de servicios de inmunización y el control/ eliminación de enfermedades. Además, comentaron que los recursos de las ONG's son para otro tipo de acciones y complementarios al del MINSA, y que el apoyo se focaliza a áreas de promoción de la salud y movilización social.

6. La discusión y recomendaciones se establecieron alrededor de tres áreas de cooperación técnica, dirigidas al reforzamiento de algunas actividades y aclaraciones. En general, todas las recomendaciones ya estaban contempladas en el Plan presentado por OPS y AID, las sugerencias sirvieron para corroborar las actividades propuestas. Una area mencionada y no contemplada en el Plan se refiere a la Comunicación Social.
A continuación se resumen:

6.1 El rol político de la OPS en la coordinación, promoción e información:

- Fortalecer el Comite de Coordinación Interagencial con reuniones más frecuentes y promover su ampliación, con la participacion de las ONG'S en este nivel de decisión.
- Se sugierió apoyar el MINSA para que realice más reuniones como la de hoy. Involucrando las otras instituciones del

sector en consultas sobre el Plan Nacional y participación en la toma de decisión.

- Que la OPS amplie su cooperación técnica a otras instituciones, en especial ONG's, Sociedades Científicas y Profisionales. Por ejemplo: aumentar la producción y distribuición de boletines regionles y nacionales, ampliando la red de información técnica.
- Apoyar la creación de un Comité Nacional de Prácticas y Procedimentos en Inmunizaciones, que facilite la divulgación y homogenización de las nomas del programa
- Reforzar los procesos nacionales de organización comunitaria y participación en las actividades del programa.
- Apoyar la realización de un Inventário Nacional de las ONG's que apoyen el PAI en cada país. Asi como, el monitoreo y evaluación de la incorporación gradual de las ONG's en esta iniciativa.
- Se sugierió a las ONG's, establecer mecanismos de coordinación entre ellas, que faciliten la coordinacion nacional y la participación representativa en el CCI.
- Vigilar y proponer la creación de legislaciones específicas, que garanticen la sostenibilidad y autosuficiencia nacional en insumos.
- Apoyar los países en el desarrollo de estrategias de comunicación social y mercadeo permanente, fortaleciendo la acción continua de vacunación, y no solo durante actividades puntuales del programa.
- Promover el intercambio y la publicación de experiencias entre países. Apoyar a las reuniones subregionales, regionales y fronterizas.

6.2 **La entrega de sevicios de inmunización:**

- Monitoreo y actualización constante de los Inventários Nacionales de Cadena de Frio.
- Divulgar a los países los criterios estandarizados para la compra de equipos, materiales y vacunas de calidad.
- Aumentar la asesoria técnica en cadena de frio. Realizar cursos mas frecuentes para la gerencia y el mantenimiento preventivo, que involure los medicos particulares y ONG's.
- Promover mayor participación y responsabilidad de las ONG's en la entrega de sevicios, en sus áreas de influencia. Iniciando por su incorporación en todos los procesos de capacitación en los diferentes niveles del sistema.
- Asegurar el establecimiento de mecanismos nacionales de retroalimentación a estas instituciones.
- Se resaltó la importancia del componente de capacitación en el Plan propuesto, como parte de las estrategias para disminuir las oportunidades perdidas de vacunación en todas las instituiciones del sector y medicos privados.

6.3 El Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

- Además de las actividades propuestas en el Plan, se consideró fundamental que la OPS apoye a los países para establecer un sistema de referencia y contrareferencia con estas instituciones.
- Fortalecer la vigilancia comunitaria, ampliando la red informal de notificación de las enfermedades inmunoprevenibles.

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS/AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones y Eliminación del Sarampión en las Américas 1996-2000

Marzo 08, de 1996

Nombres y Apellidos	Institución	Firma
Karen Hilliard	USAID	
Leslie Pauvin	MOH / Tinotera	
José Enrique Sotis D.	Sec. Nac. Salud	
José Antonio Cantón, MD	COMPAÑEROS DE LAS AMERICAS NICARAGUA-WISCONSIN	
[illegible]	[illegible] Tibbo III / MEIN	
Cristina Noguera	OPS / OMS	
Juan José Amaya	MINSA	
Mario Medina	MINSA	
Jessia Aguilar	OPS-OMS-NIC.	
Carlos Palacios	PSMT-AIDE	
[illegible]	[illegible]	
Roberto López Gatell	PHC-Dev Associates	
Jose M. Cruz	Partners of the Americas	
Alvaro Guerra Inarra	MINSA / PROSILAIS	
Manuel Gutiérrez Serrano	Cooperación Española	
[illegible]	PCE-Lic.	
Mauricio Fernández	OPS/OMS	
Daniel Hersh	OPS/OMS	
Daniel Prado	PCI	
Alejandro Gonzalez	UNICEF	
Carlos Castillo	OPS/PAI	

BEST AVAILABLE COPY

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS/AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones y Eliminación del Sarampión en las Américas 1996-2000

Marzo 08, de 1996

Nombres y Apellidos	Institución	Firma
Hugo Barquero Rodríguez	Proyecto Hope	
[illegible]	[illegible]	
BRADLEY HERSH	OPS - WASHINGTON	
Salvador [illegible]	PCI - NICARAGUA	
[illegible]	PCI - [illegible]	
Linda B. [illegible]	PL-480 CIS/AID	
Henri Espinoza	DSI - Visión Mundial	
EDWARD MCLEAN	CMCE	
[illegible]	[illegible]	
[illegible] Rivera	DSMI-CDE -	
[illegible]	[illegible] - [illegible]	
ROGER ARAYA	DIA - VISION MUNDIAL	
Edwin [illegible]	ANDA	
María Eugenia Bustamante	CRS	

BEST AVAILABLE COPY

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS/AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones y Eliminación del Sarampión en las Américas 1996-2000

Marzo 08, de 1996

Nombres y Apellidos	Institución	Firma
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	ADRA	
Emilio José Calera	ADRA	
Leonel Valdivia	USAID / Development Hub	
Armando [illegible]	PCI - Nic	
Mauricio [illegible]	OPS	
José Enrique [illegible]	Soc. Nic. Ped.	
Emilio Caldera	ADRA - Nic	
[illegible]	AID	
María Alejandra [illegible]	A-C - Managua	

BEST AVAILABLE COPY

LISTA DE PARTICIPANTES

REUNION PARA PRESENTACIÓN DE LA NUEVA FASE DE COLABORACIÓN OPS y AID EN APOYO AL PAI Y ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN EN LAS AMERICAS (1996-2000).

1. Pedro [illegible] Leiva Lopez	PC - NICARAGUA
2. Salvador Cerrato Tellez	PC - NICARAGUA
3. Wendy B. Abramson	PL-SO OPS/AID
4. [illegible]	PL-SC
5. Emilio J. Caldera	ADRA Nicaragua Compañeros de la Cruz Roja NICARAGUENSE
6. JOSE ANTONIO CANTÓN, A.D	
7. María Alejandra Baache	AEI - Managua.
8. SANDRA AUTJENS	AEI - Managua

BEST AVAILABLE COPY

Reunión para presentación de la nueva fase de colaboración entre OPS y AID en apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y Eliminación del Sarampión

AYUDA MEMORIA
PERU

1) La reunión se llevó a cabo en la sede de la OPS, en Lima, Perú el 25 de Marzo de 1996. Contó con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud, OPS, USAID, UNICEF, Rotary Internacional, Colegio Profesionales y de varias ONG's. Se adjunta la Agenda y Lista de participantes.

2) Todos los participantes resaltaron los éxitos obtenidos por el país y por el Programa Regional de Inmunización en la última década, tales como: la erradicación de la polio, el control del tétanos neonatal y el aumento de las coberturas de vacunación en la población infantil. La coordinación interagencial, mediante las reuniones del CCI , fue resaltada como una estrategia fundamental en la consecusión de los objetivos establecidos.

3) Se hizo hincapié de la importancia de mantener los logros alcanzados hasta la fecha y avanzar hacia nuevos desafíos, como es la eliminación del sarampión. Los participanates reconocen que la mayor responsabilidad recae sobre el sector público en cumplir las metas propuestas y que las acciones a nivel local deben ser priorizadas.

4) Por lo tanto, expresaron la necesidad de seguir con el Proyecto Regional en apoyo de los Programas Nacionales de Inmunización. Todos estuvieron de acuerdo de que esta nueva fase del proyecto servirá como una inyección y fortalecimiento para los países.

5) También se refirieron a la necesidad de movilizar otros recursos a nivel nacional e internacional para complementar el financiamento definido en el Plan Regional aprobado por los Ministros de Salud del Hemisferio Occidental.

6) Debido a los cambios que el sector de salud está viviendo en la Región, como la Reforma del Sector Salud, se destacó que la nueva fase del Proyecto Regional presenta una oportunidad para fomentar y facilitar la coordinación de las instituciones públicas y privadas del sector, así como la comunidad.

7) La discusión y recomendaciones se establecieron alrededor de las tres áreas de cooperación técnica presentada, con énfasis más al entorno político de la coordinación. En general, la gran mayoría de ellas ya estaban contempladas en el proyecto propuesto por USAID y las OPS. Un componente mencionado y no contemplado en el proyecto se refiere al funcionamiento del Fondo Rotatorio para vacunas.

BEST AVAILABLE COPY

A seguir se resumen las recomendaciones generales:

A. El entorno político:

► Ampliar y definir los mecanismos de participación intersectorial en el CCI para la elaboración del Plan de Acción Nacional del PAI, incluyendo los respectivos planes de las ONG's , Seguridad Social, Sanidad Militar, Universidades y otros en apoyo al programa.

► Se propuso que la definición de los indicadores de acercamiento con el sector privado sea una decisión de los países, y debe ser considerado en los Planes Nacionales y no en el Proyecto Regional.

► Reforzar los países para que contemplen en los presupuestos nacionales o se establezcan Leyes , lineas específicas para el PAI que garantice no sólo los insumos, como también los gastos de operación para la sostenibilidad de los programas nacionales.

► Elaborar indicadores de avance del programa para el nivel político, que sean homogéneos entre los países y sirva para la toma de decisiones.

► Fortalecer los aspectos de intercambio y divulgación de experiencias entre países.

► Buscar mecanismos para replicar y transferir la experiencia exitosa del PAI a los otros programas de salud.

B. La entrega de servicios de inmunización:

► Fortalecer el programa permanente de vacunación a través de la atención integral a la salud infantil y aprovechando los nuevos espacios de coordinación a nível local con los procesos de reforma del sector.

► Ampliar las encuestas de oportunidades perdidas de vacunación al sector privado y hacer una mayor promoción para su reducción.

► Estudiar a nivel regional como se puede fortalecer la capacidad de las operaciones del Fondo Rotatorio , a fin de atender las solicitudes nacionales. Además insistir en la planificación y el pago de las deudas en cada país con la oportunidad necesaria para mantener la adquisición y el envío de las vacunas .

asuma mas el rol de apoyo técnico, en vez de organización de las actividades nacionales.

C. **La vigilancia epidemiológica:**

▸ En esta área no hubo mucha discusión. Se insistió en el reforzamiento del Laboratorio Nacional para el diagnóstico del sarampión, la simplificación y estandadrización del Sistema de Información para la Eliminación del Sarampión (MESS) y que se debería considerar en el Proyecto, el aspecto de apoyo técnico y logístico para la investigación operativa.

D. **Otros comentarios:**

Se discutieron aspectos específicos del Programa Nacional, principalmente en lo que se refiere al FONDO ROTATORIO y se hicieron algunas recomendaciones que se resumen abajo:

- Solicitar al Ministerio de Salud un cronograma para la realización de los Días Nacionales de Vacunación, que facilite la planificación oportuna de los sumnistros (vacunas y jeringas).

- La OPS- Perú , el Ministerio de Salud y Ministerio de Economía deben revisar y flexibilizar los procedimentos nacionales para la compra de vacunas a través del FONDO.

- Organizar un grupo de trabajo para definir los mecanismos de participación en el CCI de las otras instituciones que trabajan con el PAI y además, incluir sus actividades en el Plan de Acción Nacional, lo más pronto posible.

REUNION PARA PRESENTACION DE LA NUEVA FASE DE COLABORACION ENTRE OPS Y USAID EN APOYO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES Y ELIMINACION DEL SARAMPION EN LAS AMERICAS 1996 - 2000

Lima, 25 de Marzo de 1996

LISTA DE PARTICIPANTES

Licenciada
Yadira Jiménez
Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

Doctora
Ana Chinen
Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

Licenciada
María del Carmen Reyna
Sub-Programa Inmunizaciones
Ministerio de Salud
Lima

Licenciada
Rosario Montero
Programa de Crecimiento y Desarrollo
Ministerio de Salud
Lima

Señor Doctor
Mario Chuy
Director Técnico
Oficina General de Epidemiología
Ministerio de Salud
Lima

FROM : Panasonic TAD/FAX PHONE NO. : Apr. 03 1996 11:11AM P1

Doctora
Luz Esther Vásquez
Oficina General de Epidemiología
Ministerio de Salud
Lima

Licenciado
Miguel Cruz
Director General
Dirección General de Estadística e Informática
Ministerio de Salud
Lima

Licenciada
Lidia Mendoza
Dirección General de Estadística e Informática
Ministerio de Salud
Lima

Señor Doctor
Alfonso Villacorta
Proyecto 2000
Ministerio de Salud
Lima

Señor Doctor
Hugo Oblitas
Coordinador Nacional Proyecto 2000
Ministerio de Salud
Lima

Señor Doctor
Giovanny Esclante
Programa de Atención Básica
Ministerio de Salud
Lima

FROM : Panasonic TAD/FAX PHONE NO. : Apr. 03 1995 11:11AM P2

Señor Doctor
Carlos Bardales
Proyecto Salud y Nutrición Básica
Ministerio de Salud
Lima

Doctora
Lourdes Belaunde
Instituto Nacional de Salud
Cápac Yupanqui 1400
Jesús María

Señor Doctor
Edith Balbín Marticorena
Director General
Centro Nacional de Laboratorios de Salud
Instituto Nacional de Salud
Cápac Yupanqui 1400
Jesús María

Bióloga
Ivonne Torres del Carpio
Jefe de la División de Virus
Instituto Nacional de Salud
Cápac Yupanqui 1400
Jesús María

Señor Doctor
Juan Aguilar
Representante
Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia - UNICEF
Parque Melitón Porras 350
Miraflores

52'

Señor
Julio Ruiz Villavicencio
Presidente
Comité Nacional de Inmunización
POLIO PLUS - Rotary International
Calle Copérnico No. 150
Pueblo Libre

Señora
Josephine Gillman
Coordinadora
PRISMA
Av. Las Artes 360
San Borja

Doctor
Wilfredo Gutiérrez
Representante CARE
Gral. Santa Cruz 659
Jesús María

Señor Doctor
Francisco Sánchez Moreno
Decano
Colegio Médico del Perú
Malecón Armendáriz 791
Miraflores

53

AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL

Dra. Susan Brems
Jefa
Oficina Salud, Población y Nutrición

Sr. Gerardo Arabe
Coordinador
Proyecto de Supervivencia Infantil

Dr. Luis Seminario
Oficial de Proyecto
Proyecto 2000

Dra. Ellyn Ogden
Oficina Salud, Población y Nutrición
USAID, Washington

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. Elmer Escobar
Representante en Perú

Lic. Rosa María Cardoso
Consultora del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Dr. Jorge Medrano
Consultor Nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Dra. Cristina Nogueira
Consultora del Programa Ampliado de Inmunizaciones
OPS/Washington

Sr. Peter Carrasco
Oficial Técnico Regional
Programa Ampliado de Inmunizaciones
OPS/Washington

FROM : Panasonic TAD/FAX PHONE NO. : Apr. 03 1995 11:13AM P4

ANNEX II

Report on the Evaluation of the Measles Surveillance System in El Salvador.

Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en El Salvador.

San Salvador, 29 de Febrero de 1996

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PROGRAMA ESPECIAL PARA VACUNAS E INMUNIZACIONES

56

I.Introducción:

En la Primera Reunion del Consejo de Ministros de Salud de Centro América, celebrada en Honduras en Octubre de 1991, los Ministros tomaron la decisión de eliminar el sarampión en esta subregión para el año 1997. Esta decisión fue ratificada en todas las subsiguientes Reuniones Cumbres de los Presidentes.

En febrero de 1992 los países se reunieron para discutir los Planes de Acción Nacionales y definir las estrategias para alcanzar esta meta. Estas estrategias buscan alcanzar y mantener una cobertura de vacunación con antisarampionosa del 95% en todos los municipios del país, desarrollar una vigilancia epidemiológica de alta calidad para detectar posibles casos de sarampión, una respuesta vigorosa frente a los casos y promover una intensa movilización social de todas las instituciones públicas y privadas, asi como de los grupos comunitarios.

En 1992 y 1993, El Salvador junto con los otros países de Centro América, ejecutó la Fase de Ataque para la eliminación, vacunando al 80% de los niños de 9 meses a 14 años. La implementación de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades febriles eruptivas (EFE) se inició en 1993 y al año siguiente se fortaleció el laboratorio nacional para asegurar el diagnóstico de sarampión mediante el estudio serológico de los casos.

Ante la complejidad para el desarrollo de un programa de esta naturaleza y los diferentes niveles de organización de la infraestructura de atención en salud en los países, se hizo necesario tener una vigilancia epidemiológica del sarampión simplificada y eficiente, con nuevos procedimientos y definiciones operacionales de caso de sarampión, facilitando de esta manera el proceso de investigación de todos los casos detectados en todos los niveles del Sistema de Salud.

Para ayudar a esta iniciativa y determinar las necesidades de vigilancia, identificar los puntos críticos, supervisar el progreso de los estudios en marcha, revisar los protocolos de investigación y los resultados de laboratorio, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a solicitud de las autoridades nacionales ha realizado una evaluación rápida del Sistema Nacional de Vigilancia del sarampión en el País, cuyos resultados se espera que sirvan como base para intensificar las estrategias y mejorar la eficacia y eficiencia de las intervenciones.

II. Objetivos:

General:

Determinar la capacidad del sistema nacional de vigilancia epidemiológica para detectar de manera oportuna la circulación del virus del sarampión en cualquier municipio del país.

Específicos:

1. Conocer el funcionamiento de los procedimientos de detección, notificación, investigación, clasificación y apoyo de laboratorio para la vigilancia de los casos sospechosos de sarampión en los diferentes niveles del sistema de salud.

2. Identificar problemas y hacer recomendaciones concretas para mejorar la vigilancia en los distintos niveles.

3. Revisar los indicadores de evaluación y vigilancia del programa nacional de eliminación del sarampión.

III. Metodología

Para cumplir con los objetivos señalados se visitaron todos los departamentos del país. En ellos cuales se realizaron entrevistas estructuradas a los equipos de salud de los distintos niveles: nacional, departamental y local, priorizando las áreas de alto riesgo. Se entrevistaron miembros del equipo de salud de:

- 12 Direcciones Departamentales
- 6 Hospitales
- 5 Centros de Salud
- 25 Unidades de Salud
- Dirección Nacional de Epidemiología y Materno Infantil del Seguro Social (ISSS),
- PROSAMI (Responsable de coordinar 34 ONGs)
- Laboratorio Central.
- Coordinación Nacional del PAI (MSP y AS)

El cuestionario diseñado para cada uno de los niveles, utiliza sobre todo preguntas abiertas para conocer el nivel de compromiso político con la meta de eliminación del sarampión, los recursos disponibles, el nivel de desarrollo del sistema de vigilancia y la organización del mismo.

También se revisaron cerca de 12,000 diagnósticos del registro diario de la consulta médica y emergencia en diferentes hospitales, las fichas de investigación de casos probables disponibles en las unidades visitadas y la base de datos del nivel nacional.

IV. Resultados:

A. Evaluación de la base nacional de datos

La Unidad de Epidemiología mantiene una base de datos computarizados a nivel nacional sobre los casos de EFE notificados. Esta base puede ser usada como herramienta para evaluación continua del programa de vigilancia. A partir de esta base de datos, cinco de los seis indicadores de vigilancia pueden ser calculados, con la frecuencia necesaria para el monitoreo contínuo del sistema. Los resultados de esta evaluación se describen a continuación:

1. Indicadores del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del sarampión:

1. Porcentaje de establecimientos que reportan semanalmente: 90-95%

2. Porcentaje de casos investigados en las primeras 48 horas después de la notificación del caso: 70%.
(Solamente 83% de los casos investigados tiene las fechas para hacer este análisis).

3. Porcentaje de fichas con datos mínimos:

Todos los casos tienen ficha de investigación. El 100% presentan los siguientes datos: nombre, edad, departamento. Para otras variables:
- municipio: 98%
- fecha de inicio de erupción: 98%
- antecedentes vacunales: 50%
- fiebre 98%
- días con erupción: 88%
- diagnostico final: 50%
- fecha de inicio de medidas de control: 50%

4. Porcentaje de casos con una muestra adecuada: 94%

Un 63% tiene además segunda muestra con fecha de toma.

5. Porcentaje de casos confirmados por laboratorio: 60%

Según la nueva definición hay 15 casos confirmados: 9 por laboratorio, (5 confirmados por el laboratorio de referencia y 4 pendientes) y 6 por criterio clínico (compatibles).

En cuanto a los 5 casos confirmados por laboratorio, no se encontró fuentes de infección o transmisión del virus. Además, estos casos fueron aislados con respecto al tiempo y lugar. Por ello se sospecha que los resultados de estos casos son probablemente positivos falsos. Cada una de estas muestras será re-examinada por el laboratorio de referencia regional del CDC.

6. Porcentaje de casos confirmados con fuente de infección identificada: Ninguno

B. Distribución de Casos Investigados y Reportados.

1. Casos Reportados por año 1975-1995 (Anexo 1)

2. Casos reportados por semana epidemiológica en 1995 (Anexo 2)

3. Distribución geográfica de los casos probables (Anexo 3)

Existen departamentos con muy pocos casos reportados

4. Distribución geográfica de los casos confirmados por laboratorio y cuadro clínico (Anexo 4)

B. Resultados de las entrevistas realizadas:

Los resultados se presentan por componentes con el objeto de identificar los logros, problemas y las recomendaciones pertinentes.

A. GERENCIA, ORGANIZACION Y COORDINACION.

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
En todos los niveles visitados existe un compromiso político y se reconoce al programa como una prioridad en salud Existe gerencia nacional del programa Existe una estructura organizada y operativa a nivel departamental, que es percibida como un proceso de mejor acercamiento a los niveles locales. Existe el Comite de Coordinacion Inter-Agencial (CCI) y los Comites de Salud Inter-Institucionales a nivel nacional, departamental y en algunos de los municipios.	Diferentes grados de desarrollo gerencial entre los departamentos En la mayoría de los departamentos no hay sistematización de la información para la gerencia del programa. En los equipos de salud polivalentes del nivel departamental no existe un responsable designado para programas altamente prioritarios como la eliminación del sarampión. Insuficiente personal capacitado en epidemiología para todas las sedes departamentales. Insuficiente personal para la gerencia nacional.	Fortalecer la capacidad gerencial en vigilancia epidemiológica a nivel departamental, con mayor énfasis en los menos desarrollados. Designar un responsable a nivel nacional y departamental para dar seguimiento y cumplir con el compromiso de eliminación. Asegurar el funcionamiento de los Comites de Vigilancia Epidemiológica en todo el país. Reforzar la coordinacion inter-institucional con las ONGs, médicos privados y dar continuidad a las reuniones del CCI.

B. APOYO LOGISTICO Y RECURSOS

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES

Existe responsabilidad, motivación y mística del personal para la vigilancia Hay recursos humanos suficientes para la vigilancia en los establecimientos visitados	Algunos establecimientos de salud y Direcciones Departamentales no cuentan con medios de comunicación rápida. El apoyo logístico a la vigilancia entre los departamentos no es homogéneo Falta de centros de acopio de biológicos en la mayoría de los departamentos	Cada departamento debería contar con teléfono directo y fax o en su defecto un sistema de radio. Realizar un diagnóstico de necesidades para priorizar la asignación de recursos. Dotar con centros de acopio los departamentos que todavía no lo tienen Proveer reactivos en la cantidad necesaria al laboratorio central

C. CAPACITACION Y SUPERVISION:

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES

Todos los niveles conocen la meta de eliminación. Existen normas nacionales de vigilancia y disponibilidad de la Guía Practica para la eliminación del sarampión en los establecimientos visitados.	La metodología de capacitación utilizada no permite que los conocimientos lleguen a todo el personal operativo en forma adecuada. El personal en servicio social no maneja adecuadamente las normas de vigilancia. Los conocimientos en vigilancia del sarampión de los equipos de supervisión no son homogéneos entre ellos, ni de un departamento a otro. En la mayoría de establecimientos visitados manifestaron la necesidad de capacitación y actualización. La supervisión para la vigilancia del sarampión del nivel departamental hacia el nivel operativo es deficiente.	Formalizar la supervisión de la vigilancia epidemiológica del nivel departamental a los hospitales. Al inicio del servicio social el personal debe ser capacitado en vigilancia epidemiológica Capacitar en vigilancia epidemiológica del sarampión a todos los equipos de supervisión departamental. Hacer capacitación en servicio a través de la supervisión departamental a los niveles locales. Involucrar en la capacitación a los trabajadores de salud de los otros sectores de salud (Publico y privado) En las actividades de supervisión se debe dedicar tiempo para revisar la vigilancia del sarampión.

D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

NOTIFICACION DE CASOS:

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
Existe un buen sistema formal de notificación La red de promotores de salud facilita la captación de casos en sus comunidades. Las encuestas de usuario llevadas a cabos en algunos establecimientos de salud son un modelo de vigilancia comunitaria. El personal de salud sabe que el sarampión como EFE debe notificarse inmediatamente	La captación de casos sospechosos no es completa. Hay confusión para aplicar las definiciones operacionales de caso. Solo entran al sistema los casos con muestra A excepción del seguro social, hay poca participación formal en la notificación de fuentes alternativas como escuelas, ONGs, médicos privados, etc. La información de la notificación negativa semanal que existe a nivel departamental no llega al nivel central	Cumplir con las definiciones operacionales de casos. No excluir del sistema los casos sin muestras Consolidar la integración de otras instituciones del sector salud en todos los niveles e incorporar formalmente en los niveles locales las fuentes de información alternativa. Fortalecer y ampliar a todo el país la vigilancia epidemiologica local a través de los promotores de salud y las encuestas de usuarios. Monitoreo a nivel nacional y departamental de la red de notificación negativa. Asignar recursos para promoción local.

INVESTIGACION DE CASOS:

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
La mayoría de los casos que entran al sistema son bien investigados La investigación de los casos fue oportuna en 80%.	La mayoría de las fichas no están llenadas completamente lo que da la idea que no hay seguimiento de caso.	Simplificar la ficha de investigación de caso Dar seguimiento a cada caso, documentar y obtener una clasificación final en las primeras cuatro (4) semanas.

LABORATORIO:

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
Se busca tomar muestras a todos los casos que entran al sistema El laboratorio central tiene la competencia técnica para procesar adecuadamente las muestras. Todos los datos de los casos están disponibles a nivel de laboratorio. La coordinacion entre el laboratorio y epidemiologia a nivel central es adecuada. El sistema de recolección y envío de las muestras del nivel local hacia el laboratorio es bueno en general.	Retraso en el procesamiento de las muestras No existe un flujograma bien definido para la respuesta del laboratorio. Retraso en el envió de los resultados a los niveles locales. En algunos lugares falta material adecuado para la toma y envió de las muestras al laboratorio central. Retraso en el envío de las muestras al laboratorio de referencia Deficiencia en la comunicación entre el laboratorio central y el laboratorio de referencia (Gorgas, Panamá) Dificultad en el manejo y análisis de los datos de laboratorio por no contar con una base de datos computarizada	Participación del laboratorio en la clasificación final de casos Mejorar la comunicación entre el laboratorio central y el de referencia. Procesar las muestras dos veces por semana. Autorizar al laboratorio el envío directo de los resultados hacia la coordinación nacional del programa. Establecer un flujo de información rápida documentada del nivel central hacia todos los niveles, e inmediata (menos de 24 horas) para el nivel local de los casos positivos (teléfono, radio, telegrama, fax, etc.) Solicitar mayor supervisión del laboratorio de referencia. Enviar las muestras una vez por mes al laboratorio de referencia para el control de calidad Instalar un sistema de computo en el laboratorio central para facilitar el análisis de los casos

ANALISIS Y RETROALIMENTACION:

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
Se dispone de una base de datos computarizada a nivel nacional Se analizan periódicamente los indicadores de vigilancia a nivel nacional En todos los niveles se hace monitoreo y evaluación de las coberturas de vacunación El país tiene identificadas las áreas de riesgo. Existe una evaluación trimestral del programa	No hay un buen sistema de información y retro-alimentación en los diferentes niveles En la mayoría de los niveles departamental y local no hay análisis de los datos No hay intercambio de información entre los departamentos Interrupción de la publicación del Boletín Epidemiológico del PAI.	Promover el intercambio de información entre los Departamentos. Monitoreo mensual de los indicadores de vigilancia del sarampión en cada departamento. Mejorar el flujo de información y la retro-alimentación entre los niveles y las distintas instituciones. Reeditar el Boletín Epidemiológico del PAI. Distribución de la evaluación trimestral a los departamentos.

RESPUESTA AL CASO:

LOGROS	PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
El nivel local responde rápidamente	La respuesta ante un caso no siempre involucra a la comunidad u otras instituciones. No se documenta la cadena de transmisión de los casos investigados.	Involucrar a los comites de salud en la respuesta al caso. Documentar las posibles fuentes de infección Revisar los procedimientos y acciones de respuesta ante la presencia de casos sospechosos de sarampión.

V. Conclusiones:

1. No hay actualmente evidencia de circulación del virus del sarampión en el país. Los resultados positivos del laboratorio probablemente son positivos falsos.

2. El sistema de vigilancia es capaz de detectar oportunamente la presencia de brotes en la mayor parte de los municipios.

3. La marcada disminución en el numero de casos de sarampión es un indicador indirecto de las actividades masivas de vacunación y del mantenimiento de buenas coberturas.

LISTA DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE EVALUACION:

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD:

DRA. CRISTINA NOGUEIRA (ASESORA REGIONAL SVI/WASHINGTON)

DR. BRADLEY HERSH (ASESOR REGIONAL SVI/WASHINGTON)

DR. SALVADOR GARCIA (ASESOR SVI/HAITI)

DR. CARLOS CASTILLO (ASESOR SVI/NICARAGUA)

DR. MAURICIO LANDAVERDE (ASESOR SUBREGIONAL SVI/GUATEMALA)

DR. RAUL MONTESANO (STC/OPS)

DR. MARK PAPANIA (STC/OPS)

DRA. ISABELLA DANEL (STC/OPS)

DR. ANGEL VALENCIA (ASESOR EPIDEMIOLOGIA/EL SALVADOR)

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:

DRA. GENOVEVA MORALES

DRA. GLADIS DE BONILLA

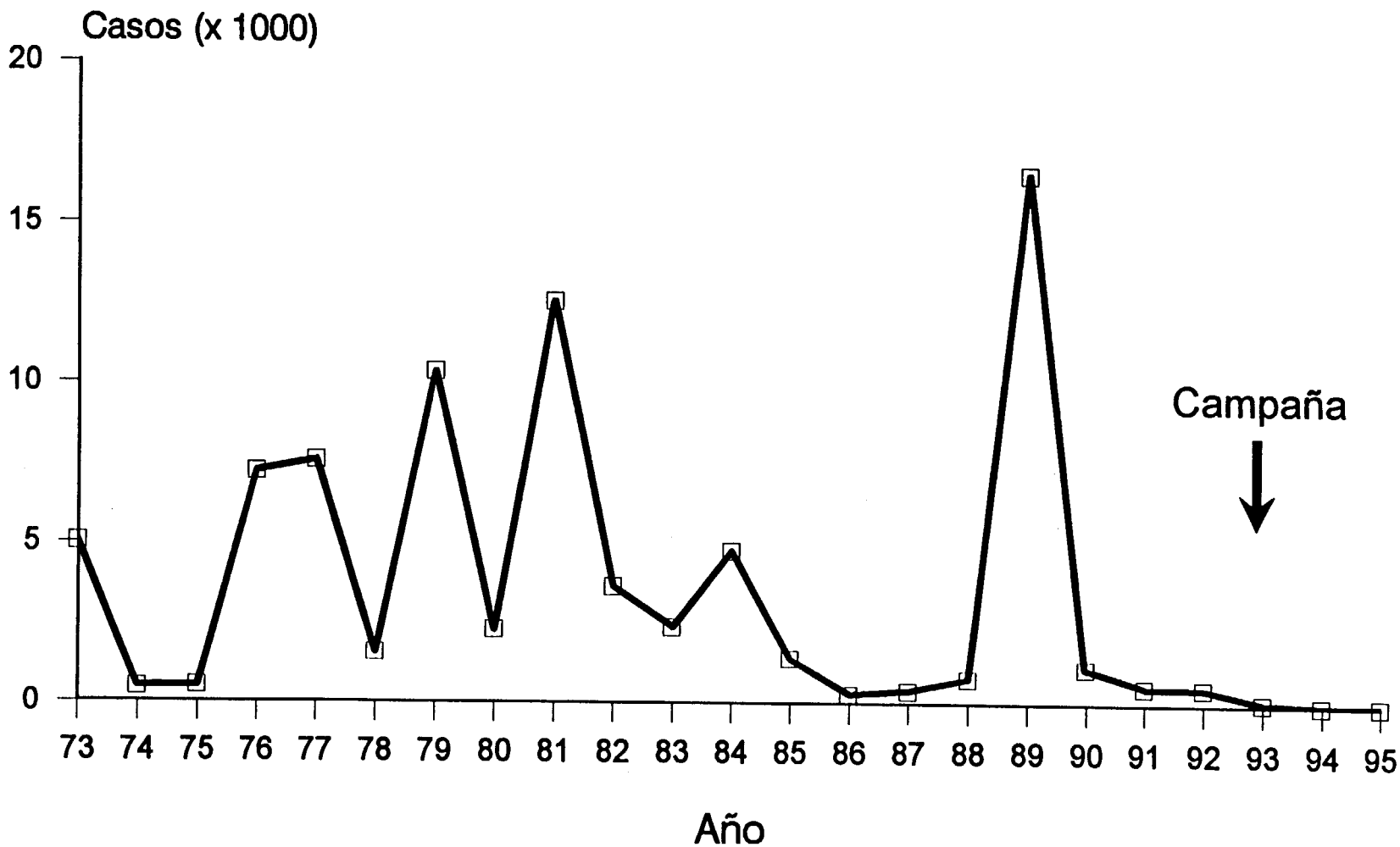
DRA. IZAYANETH DE BAIZA

LIC. GRACIELA LUNA DE MACEDA

LIC. MIRNA ESTELA DE NERIO

LIC. MARTA ELIZABETH MELENDEZ

Anexo 1.
Casos notificados de sarampión
El Salvador, 1973-1995

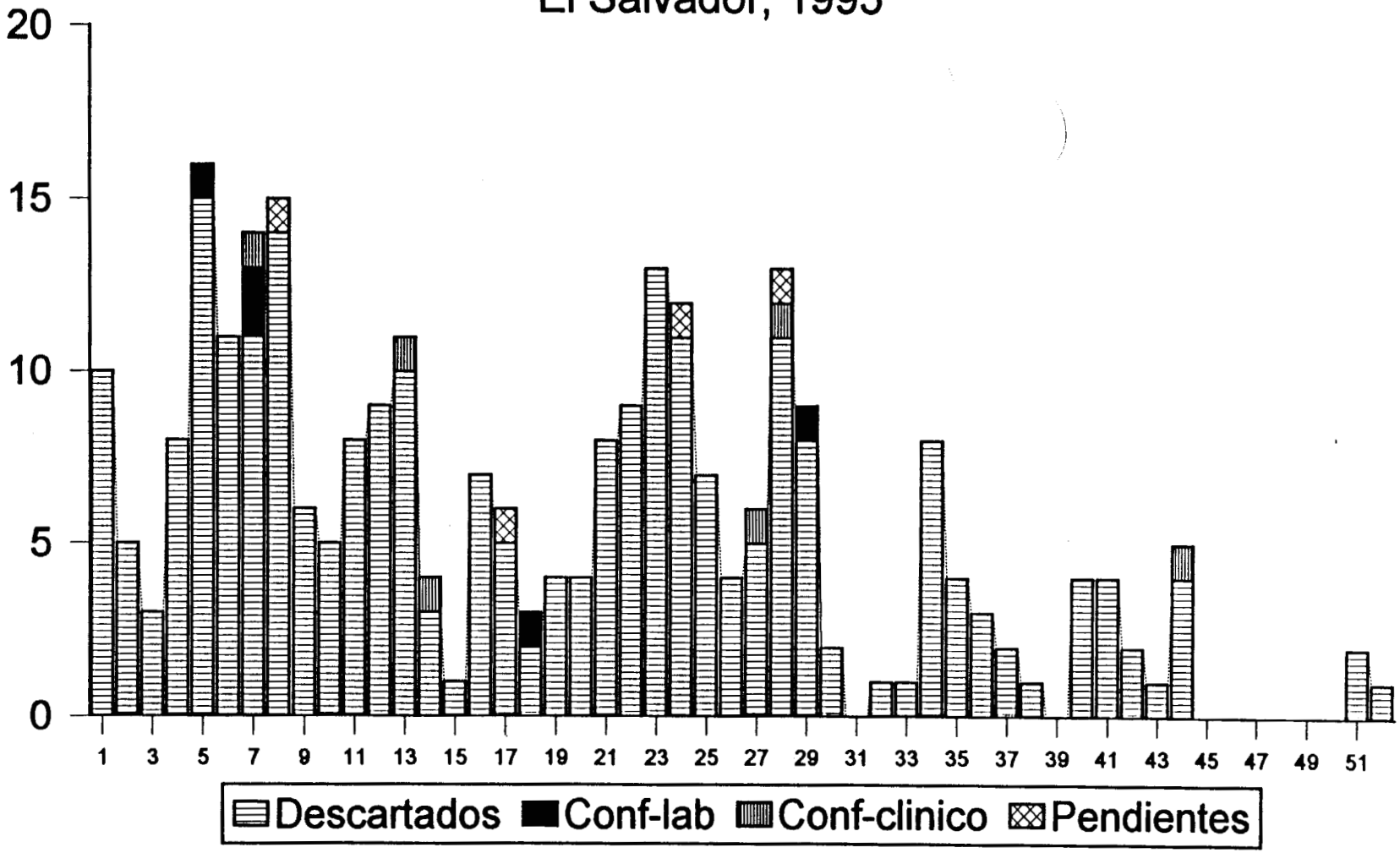


Fuente: MSP

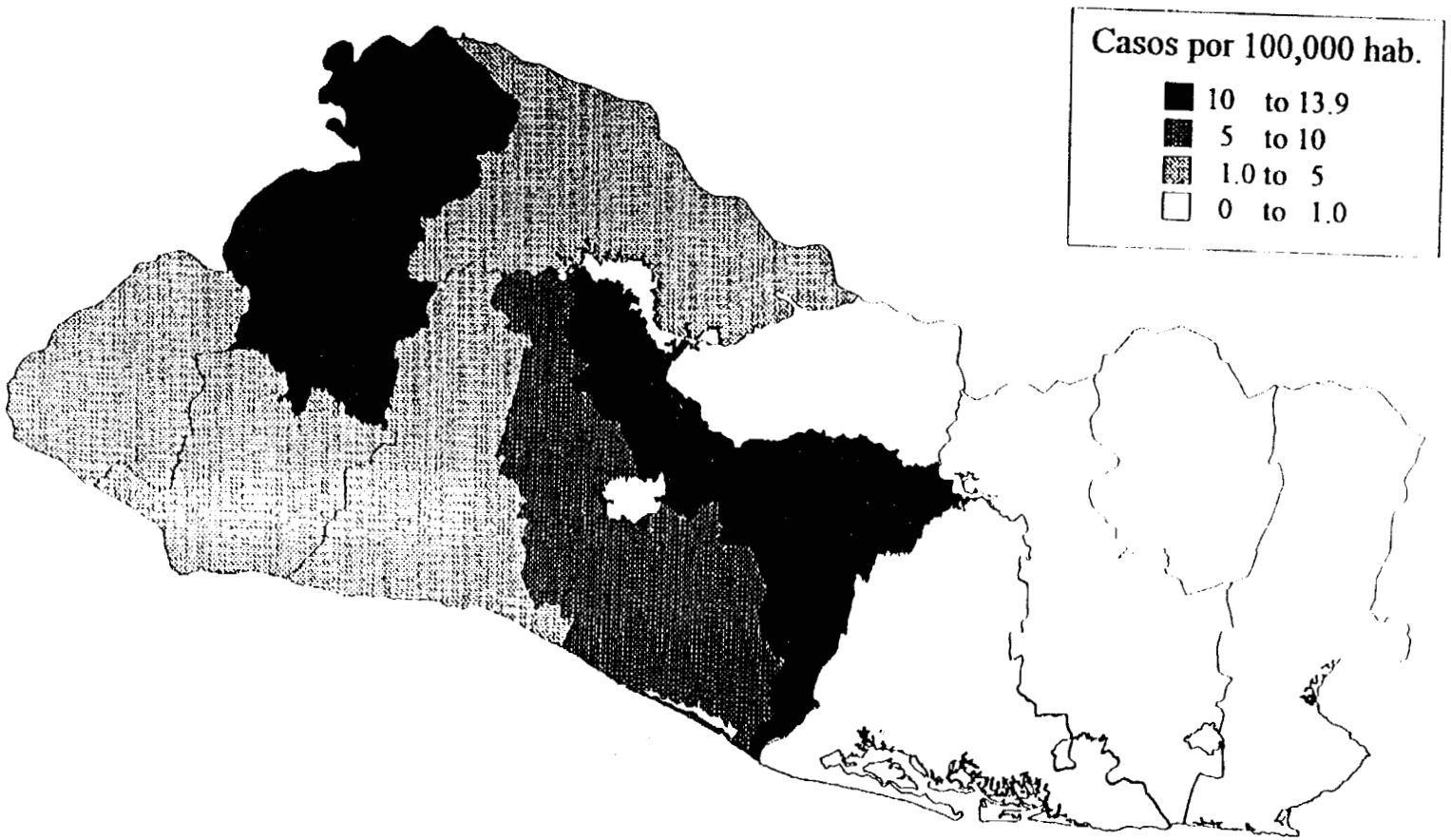
Anexo 2.

Clasificación final de casos probables de sarampión según semana de inicio

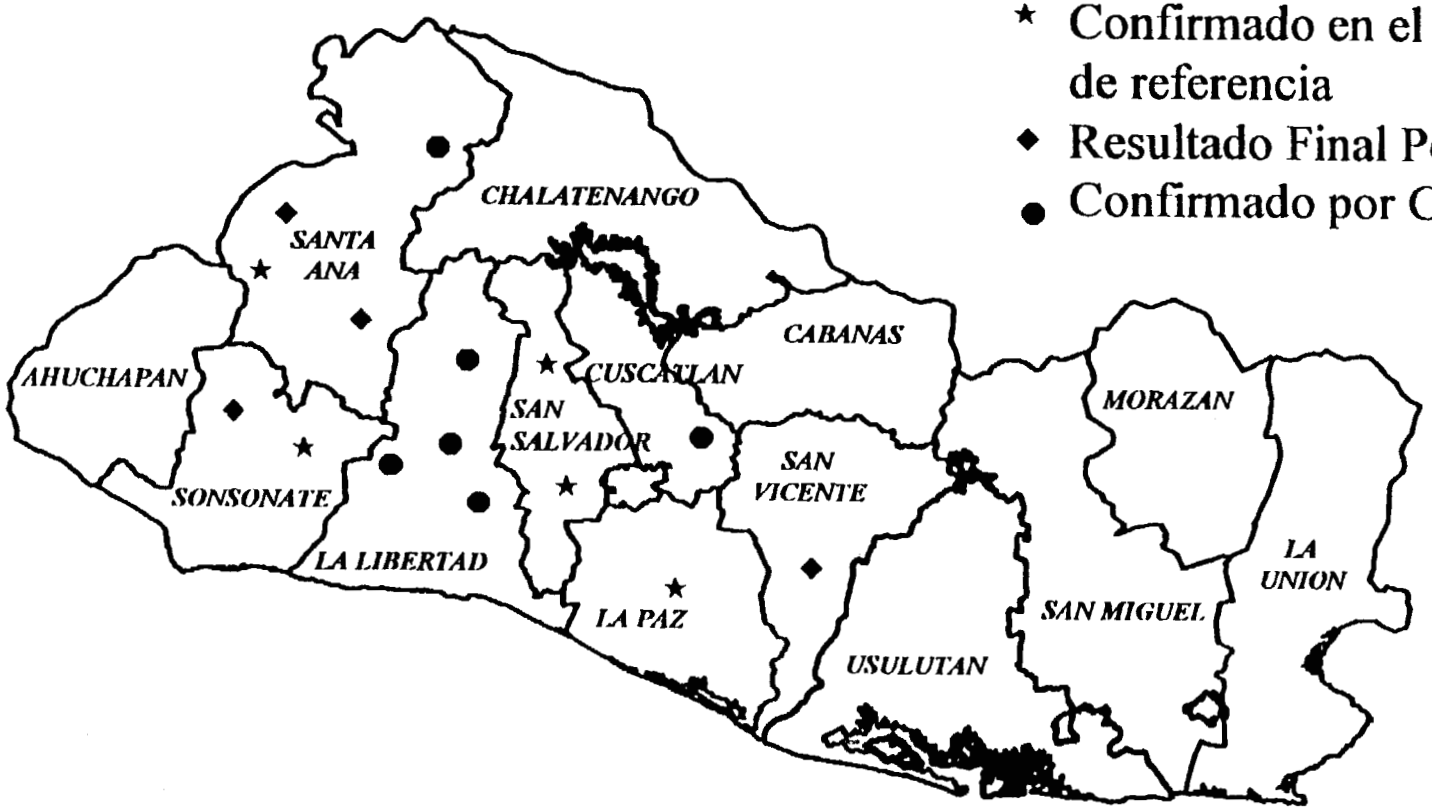
El Salvador, 1995



Casos Probables de Sarampion Reportados por 100,000 Habitantes El Salvador, 1995



Casos Confirmados de Sarampion
El Salvador, 1995



★ Confirmado en el Laboratorio de referencia

◆ Resultado Final Pendiente

● Confirmado por Cuadro Clinico

ANNEX III

Final Report of the VII workshop on the Evaluation of the EPI and the Elimination of Measles in Central America

1996-00002
Original : Español

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D.C. 20037-2895, E.U.A

CABLEGRAMAS: OFSANPAN
FAX (202) 223 5971
TELEFONO (202) 861 3200

PROGRAMA ESPECIAL PARA VACUNAS E INMUNIZACION (SVI)

VII TALLER DE EVALUACION DEL PAI Y LA ELIMINACION DEL SARAMPION EN CENTROAMERICA

INFORME FINAL

Managua, Nicaragua
07 de marzo de 1996

14

I. INTRODUCCION

A fin de dar seguimiento a la iniciativa de Eliminación de la Transmisión Autóctona del Sarampión en Centroamerica para 1997, se celebró en Nicaragua, el día 7 de Marzo de 1996, el VII Taller de Evaluación del PAI y la Eliminación del Sarampión en la Subregion.

En la misma se contó con la presencia de los Directores Generales de Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, de representantes de Guatemala, El Salvador y México, asi como con los Gerentes Nacionales del PAI, responsables de los laboratorio de los países, trabajadores de salud invitados de Nicaragua y funcionarios de OPS/OMS.

La reunión fue inaugurada por el Señor Viceministro de Salud de Nicaragua, Dr. José Angel Montiel, con la participacion de la Dra. Karen Hilliarid (AID/Nic) y fué presidida por el Sr. Director General de Salud de Honduras, Dr. Enrique Zelaya. Actuó como Secretario el Dr. Ciro de Quadros, Director del Programa Especial de Vacunas e Inmunizaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

2. OBJETIVOS DE LA REUNION

El propósito de la reunión fue analizar el nivel de avance del PAI y de la iniciativa de eliminación del Sarampión en Centroamérica, asi como preparar de manera conjunta la Jornada Centroamericana de Vacunación contra el Sarampión.

3. AVANCES DEL PROGRAMA

Después de haber efectuado la Campaña Masiva de Vacunación en los niños de 9 meses a 15 años en 1993 y de haber iniciado la vigilancia epidemiológica en 1994, la circulación del virus del sarampión parece haberse interrumpido o ser muy baja en Centroamérica durante 1995. Si bien hay casos confirmados de sarampion, todos fueron confirmados únicamente por clinica o por la prueba indirecta de IgM en los laboratorios nacionales, y ninguno ha sido confirmado usando la prueba IgM por Captura, que al momento es considerada la de mayor especificidad. (Tabla II)

También es de hacer notar que las coberturas de vacunación se han mantenido superiores al 80% en Centroamerica, no sólo para la vacuna antisarampionosa sino también para todas las vacuna (Ver tabla I). Los países han continuado avanzando hacia la eliminación del Tétanos Neonatal como problema de salud pública, y se han mantenido libres de poliovirus salvaje mientras simultáneamente continúan cumpliendo con todos los indicadores de vigilancia de las Parálisis Flacidas Agudas (excepto Guatemala y Costa Rica).

75

3.1 COBERTURAS DE VACUNACION

Durante 1995, por primera vez en la Subregión, todos los países alcanzaron coberturas de vacunación antisarampionosa superiores al 80 %. A pesar de este éxito, y tal como ya fué discutido en reuniones anteriores, estas coberturas dan lugar a una constante acumulación de susceptibles (Tabla IV), y además implica que año tras año los Programas Nacionales tienen dificultad para encontar los bolsones de desprotegidos.

Es de hacer notar que todos los países presentaron sus coberturas de vacunación en menores de 1 año tanto para el nivel nacional como por municipios o distritos (Ver tabla III).

3.2 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Todos los países han reforzado la vigilancia epidemiológica, la cual presenta un importante avance si se compara con los logros mostrados en la última reunion en Guatemala (Mayo de 1995).

En la tabla II se observan los casos confirmados de sarampión de 1992 a 1995, y puede observarse la marcada disminución de los mismos en coincidencia con los esfuerzos de vacunación que cada vez con mayor intensidad han venido realizandose en Centro América.

Dado que el número de casos investigados en cada país es tan diferente, podría pensarse que existen o bien discrepancias en la sensibilidad del sistema o en la aplicación de las definiciones de casos que deben ingresar al Sistema de Vigilancia.

Durante 1995 han sido investigados 1146 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 966 (84%) tuvieron Suero 1 adecuado para ser procesado en los laboratorios nacionales. Los resultados de estos estudios muestran 66 casos "positivos" para sarampión usando la prueba indirecta de IgM. De todos ellos ninguno ha resultado positivo usando la prueba IgM por Captura en el laboratorio de referencia, y aún falta por examinar 47 de ellas.

De los 184 casos confirmados en 1995 en Centroamérica, 137 fueron confirmados unicamente por clinica sin tener prueba de laboratorio, lo cual demuestra la necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica. En la tabla V se puede observar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia por país para 1995. El único indicador que los países no cumplen es el que se refiere a la "fuente de infección".

3.3. DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.

Tal como se muestra en la tabla II, todos los países han implementado sus laboratorios de diagnóstico y estan presentando resultados. En la misma puede observarse que todos los países han tenido casos "positivos" para sarampión utilizando la prueba indirecta de IgM, la cual segun el análisis efectuado con las pruebas realizadas en México, si bien tiene una sensibilidad del 100 % sólo tiene una especificidad del 77 %. Debido a ello, todas las muestras positivas deben ser nuevamente analizadas en el laboratorio de referencia regional, Laboratorio Conmemorativo Gorgas con la prueba IgM por Captura que tiene una especifidad cerca del 100%.

A excepción de Honduras y Guatemala, todos los países han iniciado el envío de muestras positivas al laboratorio de referencia regional.

4. PROGRAMACION DE LA JORNADA CENTROAMERICANA DE VACUNACION CONTRA EL SARAMPION.

Los Señores Directores de Salud o sus representantes, presentaron las programaciones nacionales para efectuar simultáneamente una Jornada Centroamericana de Vacunación contra el Sarampión, y cinco países, con la excepción de Guatemala, estuvieron de acuerdo en anunciarla el día 14 de Abril del presente año. Dicha Jornada tiene como objetivo vacunar prioritariamente contra el sarampión al 100% de los niños entre 9 meses y menores de 5 años, independientemente de su estado vacunal previo.

Esta actividad se enmarca dentro de las Estrategias para la Eliminación del Sarampión y es parte del Programa de Acciones Inmediatas de la Iniciativa de Salud acordada por el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y refrendada en las Cumbres de Presidentes.

5. RECOMENDACIONES.

5.1 Los Directores Generales de Salud o sus representantes en esta reunión se comprometen a garantizar que las presentes recomendaciones sean del conocimiento oportuno de los encargados de implantarlas o de tomar decisiones sobre las mismas.

5.2 Los cinco países que estan de acuerdo en celebrar el Día Centroamericano de Vacunación el 14 de Abril efectuarán esfuerzos para que Guatemala pueda llevarla también a cabo en esa misma fecha.

La fecha propuesta deberá ser ratificada por los Ministros de Salud, a través de consultas telefónicas que el Secretario Protempore de COMISCA efectuará la semana próxima.

De darse el concenso para la fecha del Día Centroamericano de Vacunación debe formarse un grupo coordinador para la Comunicación Social, con la participación del Sr. Director General de Honduras, especialistas en comunicación de OPS-Washington y el consultor OPS/SG-SICA.

Deberán realizarse todo tipo de esfuerzos para que esta actividad:

a. Sea dirigida a todos los niños entre 9 meses y menos de 5 años sin tener en cuent su estado vacunal previo, y especialmente a quienes nunca han sido vacunados y viven donde se acumulan los bolsones de susceptibles.

b. Se convierta en una oportunidad para fortalecer la Integración Centroamericana, la movilización social, la búsqueda de recursos, la concientización de la población sobre los beneficios de la vacunación, la aplicación de todas las vacunas y la realización de otras acciones de salud.

c. Sea aprovechada para efectuar acciones conjuntas fronterizas que den fortaleza no solo a los aspectos operativos de vacunación sino también a la vigilancia epidemiológica.

d. Sea efectuada en base a un Plan de Acción que facilite no sólo la negociación de recursos, sino también la clara definición de las tareas a realizar con sus tiempos y responsables.

5.3 Buscar nuevas estrategias que permitan identificar y alcanzar los bolsones de susceptibles que cada año se acumulan y elevar por encima del 80 % las coberturas nacionales y distritales de vacunación en niños de 1 año.

5.4 Aplicar las nuevas definiciones de casos acordadas en esta reunión:

CASO SOSPECHOSO:

- TODO CASO EN EL QUE UN TRABAJADOR DE SALUD SOSPECHE SARAMPION.

(Casos con: - Fiebre Y
- Erupción maculopapular Y
- Tos o coriza o conjuntivítis).

18

CASO CONFIRMADO:
Es un caso sospechoso con:

1- Laboratorio: resultado positivo para IgM por Captura.

o

Nexo epidemiológico con un caso confirmado positivo (IgM por Captura).

2. Clinicamente: casos sospechosos sin muestra adecuada o sin nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio (IgM por Captura).

Se considerará que todo caso Confirmado Clinicamente representa una falla del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

MUESTRA ADECUADA:

Es una muestra tomada en los primeros 45 días después del inicio de la erupción maculopapular y que cumple con los requisitos que permiten al laboratorio efectuar la prueba diagnóstica.

CASO DESCARTADO DE SARAMPION:

- Es el caso Sospechoso que tiene resultado de laboratorio negativo para Sarampión.

5.5 Los países deben hacer monitoreo de los indicadores de vigilancia epidemiológica del sarampión, tomando oportunamente las medidas correctivas que garanticen su adecuado cumplimiento.

5.6 En relación a las acciones de laboratorio se acordó:

1. Establecer una red de comunicación efectiva entre los laboratorios nacionales y el laboratorio de Referencia (Gorgas).

2. Tomar una sola muestra al primer contacto con el caso sospechoso y efectuarle la prueba indirecta de IgM.

3. Remitir al laboratorio de referencia el 100 % de muestras positivas o dudosas por la prueba indirecta de IgM y el 10 % de las negativas para que sean analizadas por la prueba de IgM por Captura.

4. Realizar un curso en Panamá de 3 dias para 1 o 2 técnicos de laboratorio por país en el 2o. trimestre de este año.

5. Cada laboratorio debería contar con computadora, modem, linea telefónica y acceso a Internet.

6. Hacer un cronograma de visitas del laboratorio de referencia a los países para evaluar sus necesidades de equipo y de comunicación.

7. Cada muestra procesada debe contar con la información mínima requerida: número de caso, edad, fecha de inicio de la erupción, fecha de última dósis de vacuna antisarampión, fecha de toma de la muestra.

8. Todas las muestras positivas en el laboratorio de referencia (Gorgas) con la prueba IgM por Captura deberán ser enviadas al CDC.

9. El laboratorio Gorgas se compromete a enviar a los países y a la OPS sus resultados en el plazo de una semana.

10. OPS se compromete a brindar apoyo técnico asi como financiamiento para el envío de muestras, compra de kits comerciales de diagnóstico para cada país y suministros para el laboratorio de referencia.

11. Hay urgencia de que todos los lectores de Elisa de los países funcionen adecudamente.

Tabla I

COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
CENTROAMERICA, 1994 - 1995

PAIS	VOP3		DPT3		ANTISAR.		BCG	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Costa Rica	87	84	87	85	89	94	93	99
El Salvador	89	94	89	100	80	93	82	100
Guatemala	73	83	71	78	66	84	70	79
Honduras	95	96	96	96	94	90	95	99
Nicaragua	84	96	74	85	73	81	89	100
Panamá	83	86	83	86	84	84	95	99

Fuente: Informe de País

Tabla II

CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPION POR PAIS
CENTROAMERICA, 1992 - 1995

PAIS	1992	1993	1994	1995		
				Clinica (1)	Lab (2)	Total
Costa Rica	2361	683	98	107	19	126
El Salvador	509	38	0	9	0	9
Guatemala	97	17	204	0	23	23
Honduras	58	13	3	0	1	1
Nicaragua	2498	339	1	5	0	5
Panamá	12	90	19	16	3	19
TOTAL C.A	5235	1180	325	137	46	183

Fuente: Informe de País

(1) Sin muestras adecuadas (falla del sistema de vigilancia)

(2) confirmado solamente por prueba indirecta de IgM (kit comercial), sin confirmar por prueba IgM por Captura

BEST AVAILABLE COPY

Tabla III

NUMERO Y PORCENTAJE DE MUNICIPIOS POR NIVEL DE COBERTURA CON VACUNA ANTISARAMPIONOSA EN MENORES DE UN AÑO CENTROAMERICA, 1995

PAIS	<50 %	%	50-79%	%	80% y +	%	TOTAL	90% y +	%
Costa Rica	0	0	15	19	66	82	81	49	61
El Salvador	18	7	90	34	154	59	262	98	37
Guatemala	32	10	135	41	163	49	330	123	37
Honduras	14	5	76	26	203	69	293	180	61
Nicaragua	9	6	43	28	100	66	152	71	47
Panamá	2	3	23	34	43	63	68	28	44
TOTAL C.A.	75	6	377	32	729	61	1189	549	46

Fuente: Informe de País

BEST AVAILABLE COPY

Tabla IV
SUSCEPTIBLES MENORES DE 5 AÑOS ACUMULADOS EN CENTROAMERICA EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS (93-95)

PAIS	Población < 1 año 1995	Vacunados < 1 año 1993-95	Susceptibles		
			No Vacunados	No Inmunizados	Total
Costa Rica	80.000	217.720	22.280	10.886	33.166
El Salvador	155.896	440.809	31.729	440.809	75.809
Guatemala	---	---	---	---	---
Honduras	185.906	514.511	43.207	51.451	94.658
Nicaragua	159.225	377.362	100.313	56.604	156.917
Panamá	60.705	150.353	31.672	22.552	54.315

Fuente: Informe de País
--- Dato no disponible

BEST AVAILABLE COPY

Tabla V

INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPION, CENTROAMERICA, 1995

INDICADORES			COR	ELS	GUT	NIC	PAN	HON
Casos Sospechosos de Sarampión	En Investigación		0	0	0	0	0	0
	Confirmados	Lab. (1)	19	0	23	0	3	1
		Clínica	107	6	0	5	16	0
	Descartados	Rubeola	30	76	0	57	19	2
		Dengue	14	27	5	46	39	7
		Escarlatina	68	5	0	23	0	5
		Otros	267	164	28	63	15	11
	TOTAL		504	278	56	194	92	26
% Casos con Ficha Investigación Completa			80	83	100	96	93	92
% Casos Investigados en las 48 hrs. despues de Notificación.			90	83	100	92	93	92
% Casos Confirmados donde se conoce la Fuente de Infección.			0	0	13	0	0	0
% Unidades que Cumplen Notificación Semanal Negativa.			95	95	84	98	95	91
% Casos con Muestras Adecuadas			100	94	100	97	86	96
% Casos Confirmados por Laboratorio			4	0	42	0	3	4

Fuente: Informe de País

(1) Confirmado solamente por prueba indirecta de IgM, (kit comercial), sin confirmar por prueba IgM por Captura.

Tabla VI

INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACION DEL DIAGNOSTICO DE LABORATORIO DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPION CENTROAMERICA, 1995

INDICADORES			COR	ELS	GUT	HON	NIC	PAN
Nº Casos con Muestras	S1		362	260	56	26	186	92
	S2		8	212	*	20	*	86
% De casos con Muestras de Suero			73%	95%	100%	100%	97%	100 %
Nº de Muestras Tomadas Según Intervalo	S1	<3 días	32	156	0	12	0	45
		3-5 días	64	84	56	7	73	27
		6 y + días	165	20	0	7	116	23
		Sin Dato	102	0	0	0	0	0
Resultados de las Muestras de Suero	S1	+ SAR	19	0	23	1	0	3
		+ DEN	14	27	5	5	32	39
		+ RUB	1	35	0	1	24	19
		NEG	312	198	24	19	123	61
		DUDOSO	16	0	0	0	0	0

Fuente: Informe de País
* No toman muestra de suero 2.

Tabla VII
MUESTRAS ENVIADAS AL LABORATORIO DE REFERENCIA
CENTROAMERICA, 1995

CRITERIO		COR	ELS	GUT	HON	NIC	PAN
Pacientes con Prueba		362	260	56	26	189	92
Positivos Laboratorio Nacional.		19	6	23	1	10	3
C.C.G.	Enviadas	46	19	56	0	22	3
	+ SAR	0	0	0	0	0	0
	PEND	46	0	0	0	0	3
C.D.C.	Enviadas	50	0	0	0	11	0
	+ SAR	0	0	0	0	0	0
	PEND	0	0	0	0	3	0

Tabla VIII
NUMERO DE MUESTRAS RECIBIDAS Y PROCESADAS
POR EL LABORATORIO DE REFERENCIA SUB-REGIONAL
GORGAS, PANAMA 1995

PAIS	MUESTRAS RECIBIDAS	MUESTRA PROCESADAS	RESULTADO		
			NEGATIVO	POSITIVO	PENDIENTE*
COSTA RICA	46	0	0	0	46
EL SALVADOR	19	19	19	0	0
GUATEMALA	0	0	0	0	0
HONDURAS	0	0	0	0	0
NICARAGUA	22	22	19	0	3
PANAMA	40	40	40	0	0
TOTAL	129	83	80	0	49

Fuente: Informe Lab. C.C.G.
* Enviados al C.D.C.

TALLER SOBRE LA ELIMINACION DE SARAMPION EN CENTROAMERICA
MANAGUA, NICARAGUA
7 DE MARZO DE 1996

LISTA DE PARTICIPANTES

COSTA RICA

Dra. Rossana García
Directora General de Salud
Ministerio de Salud
San José, Costa Rica

Dra. María Ethel Trejos
Coordinadora del PAI
Ministerio de Salud
San José, Costa Rica

Lic. Elizabeth Saenz
Responsable del Laboratorio
de Sarampión
Ministerio de Salud
San José, Costa Rica

EL SALVADOR

Dra. Dina Angélica de Navarro
Jefa, Medicina Preventiva
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador, El Salvador

Dra. Gladys de Bonilla
Coordinadora Nacional del Programa
Ampliado de Inmunizaciones
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador, El Salvador

Lic. Marta Elizabeth Meléndez
Jefa, Enfermedades Febriles Eruptivas
Laboratorio Clínico del Nivel Central
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social.
San Salvador, El Salvadorl

Dra. Genoveva Morales
Jefa, Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador, El Salvador

GUATEMALA

Dr. Otto Zeissing Bocanegra
Jefe, División de Vigilancia
Epidemiológica
Dirección General de Servicios
de Salud
Guatemala, Guatemala

Dra. Lucrecia de Escalante
Responsable del Laboratorio
Nacional
Dirección General de Servicios
de Salud
Guatemala, Guatemala

Dr. Osmin Reyna Enriquez
Programa Nacional de Inmunizaciones
Dirección General de Servicios
de Salud
Guatemala, Guatemala

HONDURAS

Dr. José Enrique Zelaya
Director General de Salud
de Riesgos Poblacionales
Ministerio de Salud Pública
Tegucigalpa, D.C., Honduras

Dra. Ida B. Molina
Jefa del Programa Nacional
de Inmunización
Ministerio de Salud Pública
Tegucigalpa, D.C., Honduras

Lic. María del Carmen Mejía
Jefa del Laboratorio de
Virología/Sarampión
Ministerio de Salud Pública
Tegucigalpa, D.C., Honduras

MEXICO

Dr. José Luis Diaz Ortega
CONAVA
Secretaría de Salud
México, D.F., México

PANAMA

Dr. Gustavo Vásquez Macay
Director General de Salud
Ministerio de Salud
Apdo. 2048
Ciudad de Panamá 1, Panamá

Lic. Gloria García
Jefa del Programa Nacional
de Inmunización
Ciudad de Panamá, Panamá

Lic. Rodolfo Contreras
Laboratorio de Virología/Sarampión
Ciudad de Panamá, Panamá

NICARAGUA

Dr. José Angel Montiel
Vice Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Dr. Juan José Amador
Director General de Hig. y Epid.
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Dr. Gustavo Huelva
Jefe Dpto. de Virología
Centro Nac. de Dig. y Referencia
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Dra. Silvia Cerda Pérez
Especialista en Hig. y Epidemilogía
Centro Nac. de Dig. y Referencia
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Dra. Lesbia Altamirano
Profesional OPS/OMS-Nicaragua
Complejo Nacional de Salud
Managua, Nicaragua

Lic. Janette Zuniga
Dirección Gral. Desarrollo Servicios de Salud
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Dr. Omar Malespín Espinoza
Director Nacional PAI
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Lic. Gerardo Delgado Mendoza
Supervisor de Salud
Programa Nacional PAI
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Lic.. María Teresa Balmaceda
Supervisora PAI
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Dr. Angel Balmaceda Hecheverría
Asesor del Director en Virología
Centro Nac. de Diag. y Referencia
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua.

USAID / NICARAGUA

Dra. Karen Hilliarid
Oficial de Salud AID

Lic. Sheila Luthers
Coordinadora de Salud
Desarrollo General USAID

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Dr. Ciro de Quadros
Director Programa Especial para Vacunas
e Inmunización (SVI)
Organización Panamericana de la Salud,
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel: 202 861 3247
Fax: 202 861 6089

Dra. Ana Cristina Reis Nogueira
Asesora Regional Programa Especial para Vacunas
de Inmunización (SVI)
Organización Panamericana de
la Salud 525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel: 202 861 3269
Fax: 202 861 6089

Dr. Bradley Hersh
Oficial Médico
Programa Especial para Vacunas e Inmunización
(SVI)
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel: 202 861 3269
Fax: 202 861 6089

Dr. Carlos Castillo
Consultor OPS/OMS
Managua, Nicaragua

Dr. Mauricio Landaverde
Asesor subregional
OPS/OMS
Guatemala, Guatemala

Dr. Federico Hernándes Pimentel
Consultor OPS/OMS en la SICA
San Salvador, El Salvador

Laboratorio de Referencia Regional de las Américas

Dr. William Bellini
Janet Heath
Measles Laboratory
Division of Viral and Ricketssial Diseases
Center for Infectious Diseases
1600 Clifton Road
Atlanta, Georgia 30333
USA
Tel: (404) 639-3512
Fax: (404) 639-1307

Laboratorio de Referencia de Sarampión en Centro América

Dra. Evelia Quiroz R.
Rodolfo Contreras Carrera
Centro Conmemorativo Gorgas
Apto. 6991
Panamá 5
República de Panamá
Tel.: (507) 227-4111
Fax: (507) 225-4366

Laboratorios Nacionales

Elizabeth Sáenz Bolaños
Luis Vargas Chaves
Laboratorio de referencia.
Apartado 4,
Tres Ríos, Costa Rica
Tel:(506) 279-0486
Fax (506) 279-0486

Marta Elizabeth Meléndez Quevedo
Celina de Lozano
Laboratorio Central, MSP
Alameda Roosevelt
frente Parque Cuscatlan
San Salvador, El Salvador
Tel: (503) 221-2321 o (503) 221-5751
Fax: (503) 221-5150

Dra. Lucrecia M. De Escalante
Laboratorio Nacional de referencia Enfermedades transmisibles del Ministerio de Salud
Publica. 5a. Av 11-40 zona 11 Código postal 100011
Ciudad de Guatemala . Guatemala
Tel: (502)2 -721348
Fax: (502)2 -721348

Licenciada María del Carmen de Mejía
Laboratorio Central de Virología
2do. Piso Materno infantil
Hospital Escuela
Tegucigalpa.Dc.
Honduras C.A.
Tel: (504) 325590 exte. 673
Fax: (504) 365036

Dr. Gustavo Huelva B.
Dr. Angel Balmaseda
Centro Nacional de diagnostico y referencia
Colonia Primero de Mayo
Managua Nicaragua
Tel (502) 2897723
Fax (502) 2897723

AYUDA MEMORIA

REUNION DE DIRECTORES GENERALES DE SALUD DE CENTROAMERICA.

Fecha : 07 de Marzo de 1996
Lugar : Managua, Nicaragua

OBJETIVO:

Programar las reuniones preparatorias de Directores Generales de Salud, previas a las reuniones del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y las reuniones de Presidentes de Centroamérica en seguimiento al Programa de Acciones Inmediatas de Salud de Centroamérica. (PAISCA). en el marco de la Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA) en su III Fase.

DESARROLLO DE LA REUNION:

La presente reunión se lleva a cabo por solicitud de los Ministros de Salud de Costa Rica y Honduras, a través de sus respectivos Directores Generales.

ACUERDOS:

1. Llevar a cabo la reunión de Directores Generales de Salud de Centroamérica, preparatoria de la reunión del COMISCA del 23 de Marzo del presente año. Se propone realizar la reunión en Tegucigalpa los días 19 y 20 de Marzo, la convocatoria se hará por medio del Ministro de Honduras, como Secretario Protémpore del COMISCA.

2. La Agenda de esta reunión incluye los siguientes temas:

   2.1 Elaborar la propuesta de la posición de Centroamérica para la Asamblea Mundial de la Salud.

   2.2 Análisis del Proyecto BID/OPS/SICA.

   2.3 Jornada Centroamericana de Vacunación.

   2.4 Seguimiento al PAISCA

3. Realizar una reunión de Directores Generales de Salud en Nicaragua, previo a la XVIII Reunión de Presidentes de Centroamérica, con el propósito de preparar el informe de avance del PAISCA. (Mayo 96).

qv

4. Realizar una reunión de Directores Generales de Salud en Costa Rica, previo a la XIX Reunión de Presidentes de Centroamérica, con el propósito de evaluar el PAISCA y preparar la propuesta de acciones para 1997, en el marco de la ISCA (Nov. 96).

5. Invitar a estas reuniones de Directores Generales, como apoyo técnico, el Consultor OPS/SG-SICA y la Consultora OPS/SISCA.

6. Solicitar apoyo técnico y financiero a OPS para estas actividades, en el marco de la ISCA.

1. Dra. Rossana García
   Directora General de Costa Rica

2. Dr. Enrique Zelaya
   Director General de Honduras

3. Dr. Juan José Amador
   Director Gral. de Nicaragua

4. Dr. Manuel O. Vásquez
   Sub Director Gral. de Panamá

5. Dra. Dina de Navarro
   Representante Dir. Gral. de El Salvador

6. Dr. Otto Zeissig
   Representante Director Gral. de Guatemal

7. Dr. Federico Hernández P.
   Consultor OPS/SG-SICA

ANNEX IV

EPI Newsletter, Volume XVII, Number 5, October 1995

EPI Newsletter

Expanded Program on Immunization in the Americas

Volume XVII, Number 5 **IMMUNIZE AND PROTECT YOUR CHILDREN** October 1995

Polio Diagnosis: One or Two Samples?

In May 1985, the Pan American Health Organization launched the initiative to eradicate poliomyelitis from the Western Hemisphere by 1990. In September 1994, the International Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication (ICCPE) declared that transmission of wild poliovirus had been interrupted in the Americas. This accomplishment was made possible by a dual strategy that focused on maintaining high levels of vaccination coverage among population groups at high risk, combined with a sensitive epidemiological surveillance system. Comprehensive surveillance for acute flaccid paralysis (AFP) was a key component of the certification process. By 1993, over 20,000 units were reporting in the Americas. Indicators for this system included the follow-up of all reported cases of AFP, and the collection of two stool samples obtained from patients to test for the presence of wild poliovirus.

Given that the primary goal of surveillance for poliovirus eradication is to promptly detect possible areas of circulation of wild poliovirus to implement the appropriate control measures, this article reviews and analyzes the benefit of collecting a second stool sample from every case of AFP.

The practice of collecting two stool samples from every case of AFP was instituted following the observations made in 1958 by E. Lennette, that wild poliovirus is excreted intermittently. Lennette recommended that in order to increase the probability of poliovirus isolation, more than one stool sample should be collected from each suspected case of poliomyelitis. According to Lennette's data, the isolation rate increased by 10%, from 85% to 95%, when a second sample was processed. He also found that with the collection of a third and fourth sample, sensitivity reached almost 100%. Based on these observations, it was recommended in 1987, that two stool samples be collected from every case of acute flaccid paralysis detected in the Americas for testing in the polio laboratory network, and that the second stool sample be obtained between 24 and 72 hours after the first.

Table 1
Wild Poliovirus Isolated from First(S1) and/or Second(S2) Stool Samples Collected at Distinct Intervals within 30 Days after Onset
Americas, 1987 - 1991

Days Interval S1 x S2	Total Cases	Wild Poliovirus Isolated S1(+); S2(+)	S1(+); S2(-)	S1(-); S2(+)
1 - 3	66	54	7	5
4 - 6	3	3	0	0
7 - 9	4	1	2	1
10 - 15	2	1	1	0
16 - 22	1	0	1	0
Total	**76**	**59**	**11**	**6**
	100 %	**78 %**	**14%**	**8%**

Table 1 presents the isolation rates for wild poliovirus identified in the first and the second stool samples tested between 1987 and 1991. The data were grouped according to the interval between the collection of the first (S1) and the second (S2) samples. As previously noted by Lenette, the intermittency of virus excretion can be observed by the alternating presence and absence of wild poliovirus in the S1 and S2 of the same patient. The contribution of the second sample is therefore evaluated by the proportion of cases with only the S2 positive and the S1 negative.

In this issue:

Polio Diagnosis: One or Two Samples? 1
Progress of EPI Programs Reviewed in Central American and Andean Regions 3
Revised Measles Case Classifications 5
Polio Surveillance: 6
Reported Cases of Selected Diseases 7
Plan To Eliminate Measles Approved 8

As can be seen, the increase in poliovirus isolation rate from a second sample was 8%, which is similar to Lennette's result of 10%. Based on this, it can be concluded that the more samples tested from each suspected case of poliomyelitis, the higher the probability of poliovirus isolation.

However, the main focus of the AFP surveillance system is to identify infected areas through the isolation of wild poliovirus from stool samples of AFP patients. This objective becomes more important than identifying each individual case. Experience gathered from cases since 1987 presented in this analysis would indicate that the risk of not diagnosing 10% of the cases of polio due to wild poliovirus in a given area is offset by the investigation and eventual isolation of wild poliovirus from previous or subsequent AFP cases in the same area. Furthermore, this small increase in the isolation rate may not justify the extra logistical costs for sample collection and the added workload for the laboratory network.

The 6 cases for which only the second sample tested positive, were part of four outbreaks occurring in 4 distinct infected areas. These infected areas had previously been identified by virus isolation from first stool samples collected from other cases occurring simultaneously in the same outbreak.

Besides the 76 cases presented in Table 1, the analysis can be extended to include an additional 40 cases occurring during the same period (1987-1991) where only one stool sample was taken, making a total of 116 confirmed cases of poliomyelitis due to wild poliovirus since 1987.

These 116 confirmed cases can be divided into two groups: 105 occurred to form 25 outbreaks at the state level, and 11 cases were isolated. On average, the 25 outbreaks were composed of four cases each. This means that in each outbreak, there were potentially four opportunities to isolate wild poliovirus, in case poliovirus was not identified in the first stool sample tested.

The 11 cases of polio which did not occur during any outbreak were analyzed in relation to the possibility of isolating wild poliovirus from subsequent AFP cases reported in the same geographic areas. Of these 11 cases, only in 2 cases there were no subsequant AFP cases reported in the area within the period of 1 year after onset. Six were followed by 36 AFP cases in the same district, and 3 cases were followed by 83 cases of AFP in the same state. From all these 119 AFP cases (36 + 83), adequate stool samples were taken, but the virological tests were negative for wild poliovirus; other non-polio enteroviruses had been isolated. In conclusion, in only 2 of the 36 states, and 86 infected districts, there were no subsequent opportunities to detect wild poliovirus if the virological test failed to isolate intermittent virus excretion.

Given this information, it is necessary to question whether the collection of two stool samples from every case of AFP is justifiable in terms of the increased costs and workload which would result. Table 2 shows that with the collection of a second sample, the number of stool samples to be processed by the laboratory network in the Americas increased by 9,298—from 11,455 to 20,753. This represented a 45% increase in the workload of the laboratory network.

Table 2
Stool Samples Processed
Poliovirus Laboratory Network
Americas, 1987 - 1994

Year	Number of Samples Processed			% Increase in Workload by Processing 2nd Samples
	First Samples	Second Samples	Total	
1987	586	332	918	36
1988	1,148	610	1,758	35
1989	1,647	1,086	2,733	40
1990	1,458	1,136	2,594	44
1991	1,478	1,292	2,770	47
1992/1994	5,138	4,842	9,980	49
Total	**11,455**	**9,298**	**20,753**	**45**

Conclusion

The contribution of a second stool sample as a source of information to guide possible control measures and to determine the polio eradication program can be evaluated by distinct approaches. If the major concern is the sensitivity of the virological test, then the more samples collected from each patient carrying wild poliovirus, the higher the isolation rate will be. However, if the primary concern is the sensitivity of the poliovirus surveillance system in identifying areas where wild poliovirus may be circulating, then the conclusion, based on the experience in the Americas, is that the collection of a second sample from each case of AFP is not necessary, and adds a tremendous burden both to field workers and the laboratory network. This burden may adversely affect the quality of performance.

These results also suggest that the collection and processing of a second stool sample from every case of AFP may not be operationally necessary in those countries where polio is still endemic. Discontinuing this practice could be beneficial in terms of savings in logistics and laboratory work, without jeopardizing the detection of the circulation of the wild poliovirus.

Source: Silveira CM, de Quadros CA, Hersh BS, Nogueira AC; Special Program for Vaccines and Immunization, PAHO

Progress of EPI Programs Reviewed in Central American and Andean Regions

The annual meetings of the EPI Managers of the Andean and Central American regions were held in Caracas, Venezuela and Guatemala City, Guatemala respectively, during the month of August, 1995. Participants included representatives of the Ministries of Health, UNICEF, USAID, PAHO/WHO, Project Hope, Rotary International and the Embassy of Japan. Also attending were representatives of the Latin Caribbean and Mexico.

High on the agenda at both meetings was the presentation of progress reports on the national efforts to eliminate the transmission of measles. The general assessment was that while the current immunization efforts have sharply reduced the incidence of the disease, the number of accumulated susceptibles continues to present a risk of new outbreaks in the short and medium terms. As a result, Central American countries are planning measles vaccination campaigns for children under 5 years of age before March 1996. As can be seen in Table 1, overall coverage rates remained at high levels, also for other EPI antigens.

Table 1
Coverage rates for children <1 year old Central America, Andean Region, Latin Caribbean, and Mexico, 1994-1995*

Country	OPV3		DPT3		Measles		BCG	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Belize	83	...	88	...	82	...	89	...
Bolivia	82	84	78	84	89	80	90	90
Colombia	92	82	88	81	83	76	96	91
Costa Rica	87	84	87	85	89	78	93	...
Dominican Republic	98	87	83	83	87	96	64	74
Ecuador	78	80	80	80	100	76	100	100
El Salvador	89	96	89	96	83	88	82	84
Guatemala	73	74	71	72	66	66	70	78
Haiti	27	...	28	...	25	96**	39	...
Honduras	95	96	96	98	95	96	95	96
Mexico	92	89	91	89	90	86	97	97
Nicaragua	84	92	74	82	73	78	81	100
Panama	83	88	83	90	84	84	95	94
Peru	87	86	87	86	75	62	92	92
Venezuela	73	84	63	67	94	70	95	98

* Coverage rates are estimated for the first half of 1995
** Haiti carried out a mass campaign for measles for children 9 months to 14 years of age
... Data not available

Following the resolution calling for the elimination of measles transmission in the Western Hemisphere by the year 2000, adopted in September of 1994, these regional meetings are paying closer attention to reviewing and evaluating the overall progress of the measles elimination efforts in the Region.

Measles Surveillance

Since 1994 the countries of the Andean and Central American regions have been implementing surveillance systems for fever and rash illnesses for measles elimination. In general, these systems are at various stages of development. Among the major problems are the lack of standardization of case classifications and surveillance indicators, as well as a lack of adequate laboratory support, especially in Bolivia, Ecuador and Peru.

Currently, efforts are being made to strengthen the operational capacity of laboratories to enhance the diagnosis of measles. In Central America, only six of the nine countries attending the regional meeting have begun to implement laboratory diagnosis of measles utilizing recommended reagents for carrying out laboratory assays.

Recommendations

The following measles surveillance indicators were recommended as minimum requirements:

- percentage of units that fulfill weekly negative notification.
- percentage of cases investigated within 48 hours of notification.
- percentage of cases with completed investigation forms.
- percentage of cases with adequate serum samples taken.
- percentage of laboratory confirmed cases.
- percentage of cases (or outbreaks) with an identified source of infection.

Other recommendations indicated that countries should:

- maintain > 95% vaccination coverage of children less than 1 year old in all municipalities of every country.
- monitor periodically the accumulation of susceptibles, and carry out vaccination campaigns to prevent outbreaks when this number is equal to a cohort of newborns.
- change the recommended age for primary measles vaccination from 9 months to 12 months of age.

97

- expand the network of measles reporting units.
- strengthen the utilization of the Measles Elimination Surveillance System (MESS) in the countries, as a database for surveillance.
- focus epidemiological surveillance on cases that fit the definition of ***Suspected*** measles case. The surveillance system will follow-up on those cases or outbreaks that merit a blood sample taken for laboratory confirmation. Reported cases of measles without laboratory diagnosis will be considered ***Clinically Confirmed***.

The Regional Measles Laboratory Network is being strengthened. Central American countries will ship serum samples from positive and suspected measles cases, as well as from 5-10% of negative cases to the national laboratory belonging to the Network (Centro Conmemorativo Gorgas in Panama). The Andean countries have implemented laboratory diagnosis in Bolivia, Ecuador and Peru, and have also strengthened the laboratory networks in Colombia and Venezuela.

Control of Neonatal Tetanus

The incidence of neonatal tetanus (NNT) is gradually declining in the two regions. Coverage has been increased through the use of a second dose of tetanus toxoid (TT2) among women of childbearing age (WCBA) who live in high-risk areas.

In the Andean region, control measures are a priority in the border areas of Bolivia, Ecuador, and between Colombia and Venezuela, due to the importance of migratory movements in the control of NNT.

Additional progress includes the strengthening of epidemiological research to better understand the patterns of this disease. In this regard, the most important variables have been the origin of the patient and the mothers' vaccination history.

Recommendations:

- make vaccination coverage a priority for WCBA in targeted high-risk areas.
- identify new high-risk areas.
- investigate all known cases of NNT, particularly those related to the mother's immunization status.
- urge health authorities to allocate the necessary resources for the vaccination of WCBA.
- consider migration and indicators of socio-economic conditions as important inputs for determining areas and populations at risk.

Similar to Ecuador, the Central American meeting recommended the utilization of the Diphtheria-Tetanus (dT) vaccine in place of TT.

Maintenance of the Eradication of Polio

Through June, 1995, OPV3 coverage among children less than 1 year of age, averaged better than 80% in both regions. The number of Central American municipalities in which vaccination coverage with OPV3 is lower than 50%, continued to decline in most of the countries. However, the Andean region has reported a significant number of municipalities with low coverage in the first half of 1995; 32% of all municipalities have less than 50% coverage with OPV3, compared to 15% in 1994.

Most of the countries in both regions have made significant progress towards fulfilling surveillance indicators of acute flaccid paralysis (AFP).

Participants at both meetings emphasized the importance of maintaining a high degree of political commitment at the country level, to ensure the effective fulfillment of surveillance activities, vaccination coverage, and timely notification. Representatives from the Andean region highlighted Rotary International's considerable financial support for the consolidation of the polio eradication efforts in Bolivia, Colombia and Ecuador.

Diphtheria in the Region

During 1994 the number of cases of diphtheria increased, especially in Ecuador, where an epidemic took place. As in the Eastern European countries, this recent epidemic has predominantly affected the population over 15 years of age.

Recommendations:

- standardize case definitions and control measures.
- strengthen surveillance through prompt notification and systematic case investigation, with completed investigation forms.
- promote the utilization of dT vaccine over TT for the vaccination of WCBA in high-risk areas for NNT, and among other groups.
- organize a national laboratory network for the diagnosis of the disease.
- strengthen the vaccination of one-year olds with DPT vaccine.

Vaccination Coverage and Surveillance of Hepatitis B

Colombia, Peru and Venezuela shared their experiences with the control of hepatitis B and their vaccination plans in newly-identified high-risk areas. Costa Rica, Mexico, the Dominican Republic, Honduras and Panama have already initiated vaccination programs against hepatitis B among high-risk groups. In addition, Costa Rica and the Dominican Republic are planning to incorporate this vaccine as part of their childhood immunization programs. Belize will introduce the vaccine among high-risk groups and areas in 1996.

98

Based on the operational experience of countries in the implementation of their epidemiological surveillance systems, representatives of the Andean and Central American regions recommended to: standardize case definitions; identify sentinel centers; establish an information system for the collection and consolidation of data; strengthen laboratories to identify major viruses causing hepatitis; train health personnel in the management of cases, carriers and outbreaks; and educate the community.

The immunization strategy to follow will depend on the prevalence of the disease in high-risk groups and areas. Further expansion of activities should only be considered once the initial objective of reaching high-risk groups has been accomplished, and if resources are available to establish a permanent program. Surveillance activities should be implemented to determine the disease's epidemiological importance and to measure the impact of the strategies to reduce its incidence.

EPI Evaluation Indicators

At both meetings, the systematic use and quarterly monitoring of the following indicators was recommended:

- Vaccination coverage: All countries have presented their 1995 projections for vaccination coverage with EPI antigens among children less than 1 year of age, by municipality. This will allow for more specific targeting of efforts and resources towards high-risk areas.
- Surveillance indicators: already established.
- Number and percentage of municipalities with DPT1 coverage >90%: to measure the accessibility to local vaccination services.
- Drop-out rates between DPT1/DPT3, and DPT1/ measles: to determine the efficiency of the program.
- Percentage of resources in the EPI Plan of Action directed toward high-risk areas: to measure the definition of priorities and the decentralization of the program.
- Proportion of national resources in relation to other external resources as indicated in the Plan of Action.
- Number of ICC Meetings: to evaluate the degree of inter-agency coordination and national leadership.

Revised Measles Case Classifications

An informal consultation group met at the Pan American Health Organization's headquarters in Washington, D.C., on September 11-13, 1995, to review current measles surveillance procedures and to recommend case definitions and case investigation procedures. The revisions are aimed at simplifying case investigations and case classifications, as well as to strengthen current national and regional surveillance efforts towards the elimination of measles from the Americas by the year 2000.

The overall purpose of measles surveillance is to ***promptly*** detect the transmission of measles virus in a given area. Once viral circulation has been detected, the surveillance system allows for the ***efficient*** investigation of the resulting measles cases. Through the timely investigation of an outbreak, further virus transmission can be minimized, causative factors for measles transmission can be determined and the source of the measles introduction may be identified.

The measles elimination program focuses on detecting all cases for which a clinician suspects measles and/or those cases notified by any person which satisfy the clinical case definition of a suspected measles case, that is fever, generalized maculopapular rash, and cough, or coryza, or conjunctivitis. ***Suspected*** measles cases must then be classified as either ***Confirmed or Discarded***. The program seeks to achieve laboratory confirmation (or epidemiological linkage to a laboratory confirmed case) for all suspected cases. However, until the PAHO measles laboratory network is fully functional, cases that meet the suspected case definition, but are not investigated in the laboratory or lack an epidemiologic link, are considered as ***Clinically Confirmed***. It is expected that as the surveillance system matures, relatively few cases will be classified as Clinically Confirmed.

The category of ***Suspected*** measles is a broad catchment which is intended to provide an early alert or warning sign for health workers at the lowest level. Investigation of ***Suspected*** measles cases should begin within 48 hours of notification. Once the epidemiologic investigation has been completed, a final classification should be made within 4 weeks.

Revised Measles Surveillance Case Classifications

I Suspected measles case:

A. Any patient in whom a clinician suspects measles, and or

B. A patient with the following clinical profile:

* Fever
* Generalized maculopapular rash, and
* At least one of the following:

Cough or Coryza, or Conjunctivitis

99

II Confirmed measles case:

A. **Laboratory confirmed case**

Is a ***Suspected*** case with 1 or more of the following:

1. Laboratory confirmation, and/or
2. Epidemiologic linkage to another laboratory confirmed case

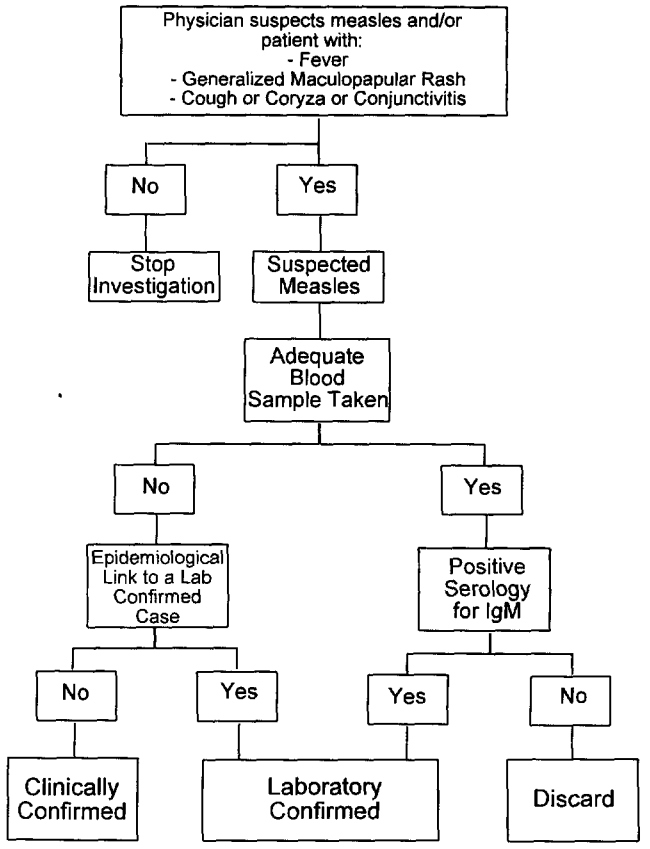
A case is laboratory confirmed if anti-measles IgM antibodies are detected in a blood sample obtained 3-28 days following rash onset. One adequate blood sample is considered sufficient for measles confirmation. In an outbreak of more than 10 cases, it is not necessary to take blood samples from every suspected measles case. Only the first 3 to 5 cases should have blood drawn for laboratory confirmation. Other cases can be confirmed if they meet the suspected case definition and are epidemiologically linked to another laboratory confirmed case.

Epidemiologic confirmation takes place when a suspected measles case has been in contact with a laboratory confirmed case, who had rash onset within 21 days before the present case.

B. **Clinically confirmed measles case**

These cases satisfy the definition of a ***Suspected*** measles case, but lack laboratory investigation and it is not known whether or not there was contact with a laboratory confirmed case. Although the final diagnosis is not known, for surveillance purposes, these cases are considered as ***Clinically Confirmed*** measles. Given an adequate surveillance system, ***Suspected*** cases with incomplete investigations should become relatively rare. These cases are considered failures of the surveillance system.

Figure 1. Flow chart for measles case classifications



III Discarded (Not measles)

If laboratory evidence is obtained that another infection associated with a rash illness was present, then the case is discarded. A case is also discarded if the result of an adequate laboratory specimen, collected between 3 and 28 days following rash onset, is negative for measles infection.

Polio Surveillance:

Decrease Observed In The Collection of Two Adequate Stool Samples

Country	80% Weekly Reporting Units	80% of cases Investigated in 48 hours	80% of cases with 2 adequate stool samples taken	AFP Rate ≥1:100,000 for children < 15
Bolivia				
Colombia				
Dominican Republic				
El Salvador				
Honduras				
Nicaragua				
Paraguay				
Venezuela				
Chile				
Costa Rica				
Cuba				
Ecuador				
Mexico				
Peru				
Brazil				
Panama				
Uruguay				
Argentina				
Guatemala				
Haiti		--	--	--

Meet criteria; N.R. No Report Received; - Zero Cases
* Data as of 13 October
Source: **EPI/PAHO (PESS)**

Since the last report on polio surveillance in the August 1995 issue, a number of countries have reported a decrease in the collection of two adequate stool samples. This impediment to promptly detect possible importations of wild poliovirus in the Western Hemisphere, will jeopardize the Region's current polio free status. Efforts to meet this indicator is critical to the Region's efforts in implementing appropriate control measures in case of a polio outbreak, particularly in areas with low vaccine coverage. Managers should look at the following operational obstacles, among others, that could be preventing the smooth implementation of surveillance operations, such as *lack of*: adequate resources to initiate timely investigations (i.e. transportation); per diem; timely reporting due to deterioration of communication systems; priority given to AFP surveillance; and adequate supervision.

100

Reported Cases of Selected Diseases

Number of reported cases of measles, poliomyelitis, tetanus, diphtheria, and whooping cough, from 1 January 1995 to date of last report, and the same epidemiological period in 1994, by country.

Country/Territory	Date of last report	Measles				Polio		Tetanus				Diphtheria		Whooping Cough	
		Confirmed 1995			Confirmed			Non Neonatal		Neonatal					
		Laboratory	Clinically	Total	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994
Anguilla	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Antigua & Barbuda	07 Oct	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	07 Oct	8	112	120	44	0	0	16	6	5	9	3	3	702	439
Bahamas	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Bermuda	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	07 Oct	0	0	0	630	0	0	...	...	11	12	4	5	30	45
Brazil	23 Sept	2	232	234	428	0	0	...	423	...	76	...	120	...	1,495
British Virgin Islands	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Canada	07 Oct	2,141	0	2,141	198	0	0	1	1	...	0	2	0	4,663	2,302
Cayman Islands	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	6	...	1	...	4	...	108
Colombia	07 Oct	151	121	272	253	0	0	...	11	...	...	...	9	...	489
Costa Rica	07 Oct	18	46	64	30	0	0	...	2	...	0	...	0	...	10
Cuba	07 Oct	0	1	1	0	0	0	...	2	...	0	...	0	...	0
Dominica	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominican Republic	30 Sep	0	0	0	296	0	0	9	...	0	4	3	1	0	9
Ecuador	07 Oct	...	791	791	2,909	0	0	...	...	28	26	124	472	133	276
El Salvador	07 Oct	0	0	0	0	0	0	3	8	3	4	0	0	4	6
French Guiana	07 Jan	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guadeloupe	07 Jan	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	12 Aug	25	1	26	204	0	0	...	...	4	6	0	...	20	36
Guyana	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Haiti	07 Jan	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	07 Oct	1	0	1	1	0	0	7	8	2	3	0	0	0	2
Jamaica	07 Oct	0	7	7	0	0	0	...	2	...	0	...	1	...	2
Martinique	07 Jan	...	...	...	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mexico	07 Oct	9	0	9	108	0	0	85	105	48	63	0	0	15	243
Montserrat	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Netherlands Antilles	07 Jan	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	07 Oct	0	0	0	1	0	0	2	...	2	...	0	...	3	...
Panama	07 Oct	3	5	8	2	0	0	0	1	0	2	0	0	3	165
Paraguay	07 Oct	3	18	21	81	0	0	...	32	...	18	...	1	...	36
Peru	09 Sept	28	171	199	272	0	0	37	63	55	88	2	34	632	1,030
Puerto Rico	07 Oct	11	0	11	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint Lucia	07 Oct	0	2	2	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
St. Kitts/Nevis	07 Oct	0	1	1	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
St. Vincent	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad & Tobago	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Turks and Caicos	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
United States	07 Oct	267	0	267	840	0	0	4	26	...	...	0	1	625	2,586
Uruguay	07 Jan	...	...	...	11	0	0	...	2	...	0	...	0	...	6
Venezuela	16 Sept	29	35	64	13,372	0	0	28	...	8	10	0	0	161	546
TOTAL		**2,696**	**1,544**	**4,240**	**19,681**	**0**	**0**	**192**	**698**	**166**	**322**	**138**	**651**	**6,991**	**9,836**

... Data not available.

101

Plan To Eliminate Measles Approved

During the XXXVIII Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization held in September 25-30, in Washington, D.C., the Ministries of Health of the Region of the Americas unanimously approved the *Measles Elimination Plan of Action,* prepared by PAHO's Special Program for Vaccines and Immunization in conjunction with the Organization's Member Countries.

The plan calls for the achievement and maintenance of 95% measles vaccine coverage in all municipalities or districts in every country of the Region, with complementary periodic vaccination campaigns aimed at preventing the accumulation of susceptibles among pre-school children. It will have a duration of five years (1996 - 2000) and will cost approximately US$ 53 million, which includes the provision of an estimated $ 7 million from PAHO and WHO regular budgets and voluntary funds. These investments will complement national resources. Major emphasis is being placed on training personnel for effective program operations; a careful fever and rash surveillance for the detection of possible measles cases; an aggressive outbreak response; and intensive social mobilization to enhance the community's role in the prevention of the disease.

The Resolution noted that:

Having reviewed and discussed Document CD38/15, containing the Plan of Action and a progress report on the national and regional efforts towards the elimination of measles from the Americas by the year 2000;

Noting with satisfaction that nearly all countries have adopted the strategies outlined in the Plan of Action and have made considerable progress towards measles elimination;

Observing that, in spite of the major efforts made with the implementation of national campaigns and improvements in routine vaccination programs, the number of susceptible children is accumulating every year in every country;

Realizing that measles surveillance requires considerable resources, both financial and human, but cognizant that a surveillance system is essential to future developments of communicable disease surveillance, including emerging and re-emerging infections; and

Bearing in mind the level of funding needed to implement the activities between now and the year 2000,

RESOLVES:

1. To approve the Plan of Action for Measles Elimination in the Americas by the year 2000 as presented in the progress report of the Director (Document CD38/15).
2. To urge all Member States to adopt the strategies outlined in the Plan of Action and allocate the resources needed for its smooth implementation.
3. To congratulate Governments for the efforts implemented thus far and the strides already made towards the elimination of measles from the Americas by the year 2000.
4. To request the Director to make every possible effort to secure the international resources needed to support the national efforts.

(*Adopted at the fifth plenary session,* 27 September 1995)

The *EPI Newsletter* is published every two months, in Spanish and English by the Special Program for Vaccines and Immunization (SVI) of the Pan American Health Organization (PAHO), Regional Office for the Americas of the World Health Organization (WHO). Its purpose is to facilitate the exchange of ideas and information concerning immunization programs in the Region, in order to promote greater knowledge of the problems faced and their possible solutions.

References to commercial products and the publication of signed articles in this *Newsletter* do not constitute endorsement by PAHO/WHO, nor do they necessarily represent the policy of the Organization.

Special Program for Vaccines and Immunization
Pan American Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
U.S.A.

Editor: Ciro de Quadros
Assistant Editor: Monica Brana

ISSN 0251-4729

102

ANNEX V

Indicators for polio surveillance in the Americas
Week 13, 1996

Country	80% Weekly Reporting Units	80% of cases Investigated In 48 hours	80% of cases with 1 adequate stool sample taken	AFP Rate
Chile				
Colombia				
Cuba				
Ecuador				
Honduras				
Mexico				
Nicaragua				
Paraguay				
Venezuela				
Bolivia				
Peru				
Brazil				
El salvador				
Argentina				
Costa Rica		-	-	-
Domincan Republic		-	-	-
Panama		-	-	-
Uruguay	-	-	-	-
Haiti	NR	NR	NR	NR

Meet criteria

NR No Report

- Reported zero cases

Source: EPI/PAHO (PESS)

ANNEX VI

Weekly Measles Bulletin

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU REGIONAL OFFICE OF THE
WORLD HEALTH ORGANIZATION

Special Program for Vaccines and Immunization

Expanded Program on Immunization

Measles Surveillance in the Americas

Vol. 2 No. 16

Weekly Bulletin for the week ending 20 April 1996

Region	Country	Week of Report	Suspected Cases Notified for Current Week	Year to Date - 1996: Total Suspected Cases Notified	Suspected Cases Under Investigation	Discarded Cases	Confirmed Cases: Clinically*	Confirmed Cases: Laboratory♣	Confirmed Cases: Total	Total Confirmed Cases 1995
AND	BOL	12	...	4	4	0	0	0	0	76
	COL	13	...	244	99	141	4	0	4	284
	ECU	15	...	48	22	8	18	0	18	919
	PER	06	...	108	82	26	0	0	0	513
	VEN	09	...	108	103	3	2	0	2	69
BRA	BRA	15	...	249	166	64	19	0	19	527
CAP	BLZ	16	0	1	1	0	0	0	0	4
	COR	15	...	10	8	2	0	0	0	126
	ELS	09	...	23	23	0	0	0	0	9
	GUT	...	...	...	...	...	...	...	...	23
	HON	15	...	6	6	0	0	0	0	1
	NIC	16	6	85	19	66	0	0	0	5
	PAN	16	0	36	2	34	0	0	0	19
CAR	ANG	16	0	2	0	2	0	0	0	0
	ANT	16	0	2	2	0	0	0	0	0
	BAH	16	0	4	0	4	0	0	0	0
	BAR	16	1	49	6	43	0	0	0	0
	CAY	16	0	0	0	0	0	0	0	0
	DOM	16	0	1	1	0	0	0	0	0
	GRE	16	0	1	0	1	0	0	0	3
	GUY	16	0	5	3	2	0	0	0	0
	JAM	16	0	1	1	0	0	0	0	15
	MON	16	0	0	0	0	0	0	0	0
	NAN	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	SCN	16	0	4	2	2	0	0	0	1
	STL	16	0	1	0	1	0	0	0	2
	STV	16	0	1	0	1	0	0	0	0
	SUR	16	...	1	1	0	0	0	0	0
	TRT	16	5	22	5	17	0	0	0	0
	TUR	16	0	0	0	0	0	0	0	4
	VIB	16	0	1	0	1	0	0	0	0
	VIU	15	...	0	0	0	0	0	0	0
LAC	CUB	15	...	9	9	0	0	0	0	1
	DOR	16	1	10	6	4	0	0	0	0
	FGU	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	GUA	13	...	0	0	0	0	0	0	0
	HAI	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	MAR	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	PUR	16	1	1	...	...	...	1	1	11
MEX	MEX	16	40	504	275	228	0	1	1	244
NCA	BER	16	0	0	0	0	0	0	0	0
	CAN	16	23	148	...	...	...	148	148	2,301
	USA	16	12	82	...	...	...	82	82	288
SOC	ARG	11	...	24	16	8	0	0	0	758
	CHI	14	...	30	17	13	0	0	0	0
	PAR	15	...	7	3	0	4	0	4	73
	URU	09	...	0	0	0	0	0	0	5
Total			89	1,832	882	671	47	232	279	6,281

... No information provided
* Clinical suspicion of measles without laboratory investigation.
♣ Includes epidemiologically linked cases.

105