

PN-ABY-073

1995-000019

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)

**VI REUNION DE GERENTES DEL PROGRAMA
AMPLIADO DE INMUNIZACION
DE LA REGION ANDINA**

INFORME FINAL

**Caracas, Venezuela
09-10 de agosto de 1995**

I. INTRODUCCIÓN

La VI Reunión de Gerentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones de los Países Andinos para evaluar las actividades del Programa se llevó a cabo en Caracas, Venezuela, del 09 al 10 de Agosto de 1995.

En la reunión participaron los gerentes del PAI de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, representantes de UNICEF de Ecuador, además de funcionarios del PAI/OPS y funcionarios de salud de las Entidades Federales de Venezuela.

Las palabras de apertura de la reunión estuvieron a cargo del Dr. Hernan Málaga, Representante de la OPS en Venezuela, y del Dr. Roberto Rondón Vice-Ministro de Salud de Venezuela, quien enfatizó el compromiso de su país con las metas del Programa Ampliado de Inmunización. El acto inaugural contó también con la participación de representantes de UNICEF y Rotary de Venezuela.

La reunión fue clausurada por el Sr. Ministro de Salud de Venezuela, Dr. Carlos Walter, lo cual subrayó que los logros alcanzados por el PAI en los países han contribuido a rescatar la credibilidad de los servicios de salud junto a la población. En este acto final estuvo presente el Gobernador del Rotary Internacional en Venezuela, Sr. Rodolfo Briceño Arias.

II. ELIMINACION DEL SARAMPIÓN

a. Actividades de Vacunación:

En el período 1992 - 1994, todos los países de la Región Andina realizaron las campañas masivas de vacunación en menores de 15 años, alcanzando coberturas superiores al 90%, con excepción de Perú. A razón de esto, este país implementó en junio del presente año, una campaña de seguimiento en el cual se cubrió el 94% de los niños menores de 5 años en forma indiscriminada.

El impacto de las campañas masivas se ha evidenciado en la reducción marcada de la incidencia de la enfermedad (tabla 1). Sin embargo, al siguiente año de realizarlas, se observa una reducción en las coberturas de vacunación de menores de un año y una elevada proporción de municipios con coberturas inferiores al 95% (tabla 2).

A pesar de los esfuerzos realizados, considerando que la eficacia de la vacuna no es del 100%, y si no se mantienen altas coberturas por municipio, se acumula rápidamente el número de susceptibles y se corre el riesgo de presentarse brotes en el futuro (tabla 3).

b. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Eruptivas:

A partir de 1994, los países iniciaron de forma más sistematizada la implementación del sistema de vigilancia de las enfermedades febril eruptivas. Se puede observar de forma general que hay diferentes grados de desarrollo en la Región (tabla 4). Colombia y Venezuela han presentado mejores indicadores de vigilancia. Los principales problemas identificados hacia el fortalecimiento de la vigilancia son la estandarización de la definición de casos y de los indicadores de la vigilancia, así como la falta de apoyo de laboratorios, sobre todo en Ecuador, Bolivia y Perú.

Debido a esto, se sugirió revisar la definición actual de caso para su entrada al sistema de vigilancia. Además se propuso utilizar los siguientes indicadores, como mínimo:

1. Porcentaje de unidades que cumplen con la notificación negativa semanal.
2. Porcentaje de casos con ficha epidemiológica completa.
3. Porcentaje de casos con muestras de suero adecuadas.
4. Porcentaje de casos confirmados por laboratorio.
5. Porcentaje de casos o brotes con fuente de infección identificada.
6. Porcentaje de casos investigados en las 48 horas de la notificación.

c. Recomendaciones:

1. Alcanzar y mantener coberturas de vacunación en menores de un año superiores al 95% en cada municipio en cada país.
2. Monitorear periódicamente la acumulación de susceptibles y realizar campañas de prevención de brotes cuando este número alcance un total igual a un cohorte de recién nacidos.
3. Cambiar la edad de aplicación de la vacuna anti- sarampionosa de los 9 a los 12 meses de edad.
4. Ampliar la red de unidades notificadoras de casos de sarampión.
5. Reforzar la revisión y utilización del MESS en los países, como base de datos para la vigilancia.
6. La vigilancia epidemiológica debe dirigirse a aquellos casos que los funcionarios de salud sospechen de que sea sarampión. Entrarán en el

sistema de vigilancia aquellos casos que ameritan toma de muestra de sangre para confirmación diagnóstica del laboratorio. Casos notificados de sarampión con criterio clínico o epidemiológico y que no cuenten con diagnóstico de laboratorio serán considerados como confirmados.

7. Implementar el diagnóstico de laboratorio en Bolivia, Ecuador y Perú y fortalecer la red de laboratorio de Colombia y Venezuela.
8. Para facilitar la retroalimentación a los niveles operativos y entre municipios fronterizos se recomienda que los países mantengan una publicación semanal de casos de sarampión y áreas con brotes.

III. ELIMINACIÓN DEL TETANOS NEONATAL

La frecuencia del tétanos neonatal (TNN) está disminuyendo año tras año en los países Andinos, los cuales han logrado altas coberturas con segundas dosis de toxoide tetánico (TT2) en mujeres en edad fértil (MEF) que viven en áreas de riesgo (TABLA 5).

Los procesos migratorios juegan un rol importante en el control del TNN, principalmente en Bolivia, Ecuador y áreas fronterizas entre Colombia y Venezuela, por ello se debe priorizar las acciones de control en estas áreas.

La investigación epidemiológica es fundamental para el entendimiento del comportamiento de la enfermedad. En este aspecto, las variables más importantes son: la procedencia del paciente y la historia vacunal de la madre.

a.- Recomendaciones:

1. Priorizar las acciones de vacunación de mujeres en edad fértil en las áreas de riesgo ya identificadas.
2. Seguir buscando nuevas áreas de riesgo.
3. Investigar todos los casos conocidos, especialmente aquellos que tienen que ver con el estado vacunal de la madre.
4. Instar a las autoridades de salud que asignen los recursos necesarios para la vacunación de las MEF en las áreas de riesgo.
5. Considerar la migración como elemento importante para determinar áreas y poblaciones de riesgo.

IV. MANTENIMIENTO DE LA ERRADICACION DE LA POLIO Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES

Han transcurrido cuatro años desde que se aisló el último poliovirus salvaje en la Región de las Américas. El último caso confirmado fue en Junín, Perú, con fecha de inicio de parálisis el 23 de agosto de 1991.

En lo que va del año todos los países Andinos han cumplido con los cuatro indicadores de vigilancia de la PFA. Se hizo hincapié en la importancia de continuar con el alto grado de compromiso político de los países para el cumplimiento de las actividades de vigilancia y vacunación, a fin de mantener el continente libre de polio.

Las coberturas con OPV3 en menores de un año, ajustadas en base a los datos del primer trimestre, alcanzaron un promedio regional del 80% (tabla 6). Sin embargo, observamos un número significativo de municipios con bajas coberturas, especialmente en el primer semestre de 1995 (tabla 7).

Es importante resaltar el apoyo financiero del Rotary Internacional para la consolidación de la erradicación de la poliomielitis en Bolivia, Colombia y Ecuador para el año de 1995.

Se presentó el estudio sobre el **Impacto del Programa de Erradicación de la Polio sobre la Infraestructura de Salud**, realizado por la Comisión Taylor en 6 países de la Región, que demostraron el efecto positivo del programa de erradicación en el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud, principalmente en lo referente a los aspectos de movilización social, gerencia, vigilancia epidemiológica y programación.

V. INDICADORES DE EVALUACION DEL PAI:

Considerando la importancia de realizar evaluaciones periódicas del PAI, que orienten la gerencia del programa nacional en la definición de prioridades, en el compromiso político y la movilización de recursos, se recomienda el uso sistemático y monitoreo trimestral de los siguientes indicadores:

a. Coberturas de Vacunación:

Todos los países han presentado proyecciones de cobertura de vacunación del PAI en los niños menores de un año para 1995 por municipio, lo cual no sólo facilita el análisis de la situación en los niveles locales, sino que permite la orientación de los esfuerzos y recursos hacia las áreas de mayor riesgo. En la tabla 6 se presentan las coberturas de vacunación del PAI por país.

b. Indicadores de Vigilancia por Enfermedad: ya establecidos para cada enfermedad.

- c. **Número y Porcentaje de Municipios con Cobertura de DPT1 >90%:** mide la accesibilidad de la población a los servicios locales de vacunación.
- d. **Tasa de Deserción entre (DPT1 - DPT3) y (DPT1 y Sarampión):** indicadores de eficiencia del programa.
- e. **Porcentaje de Recursos Contemplados en el Plan de Acción del PAI Dirigidos a las áreas de riesgo:** mide la definición de prioridades y la descentralización del programa.
- f. **Proporción de Recursos Nacionales en Relación a otros Recursos Externos, Contemplados en la Plan de Acción.**
- g. **Número de Reuniones del CCI:** evalúa el grado de coordinación interagencial y liderazgo nacional.
- h. **Número de ONG's que apoya al Plan de Acción del PAI:** evalúa la movilización social.

VI OTROS TEMAS:

a) Situación de la Difteria en la Región

En 1994 se observó en toda la Región, excepto en Venezuela, un incremento en el número de casos de la enfermedad, especialmente en Ecuador, donde se registró una epidemia con gran magnitud, que como en los países de Europa del Este afecta principalmente al mayor de 15 años.

Por tal motivo se recomienda:

- Estandarización de las definiciones de casos y de las medidas de control.
- Reforzar la vigilancia, a través de la notificación e investigación sistemática de casos, con el llenado de una ficha epidemiológica.
- Promover la utilización de la vacuna dT en reemplazo del TT en la vacunación de MEF en áreas de riesgo para el TNN y otros grupos.
- Organizar una red nacional de laboratorios para el diagnóstico de la enfermedad.
- Reforzar la vacunación de los menores de un año con la vacuna de DPT.

b) Implementación de la vacunación y la vigilancia de la Hepatitis B.

Colombia, Perú y Venezuela presentaron sus experiencias en el control de la Hepatitis B, y sus planes para expansión de la vacunación a otras áreas de riesgo que están siendo identificadas.

La estrategia de vacunación depende de la prevalencia de infección en los grupos y áreas de riesgo. La expansión de la vacunación debería ser considerada solamente cuando el objetivo inicial de vacunación a los grupos de alto riesgo es alcanzado y los recursos disponibles permiten establecer un programa permanente, sin poner en peligro el suministro de las otras vacunas del programa. Las actividades de vigilancia deberían ser implementadas para conocer la importancia epidemiológica y medir el impacto de las estrategias utilizadas en la reducción de la incidencia de la enfermedad.

En base a experiencias operacionales de algunos países para implementar acciones relacionadas a la vigilancia epidemiológica se propuso:

- Estandarizar las definiciones de casos.
- Identificar centros centinela.
- Establecer un sistema de información para la recolección sistemática y consolidación de datos.
- Fortalecer el laboratorio para identificar los principales virus de hepatitis prevalentes.
- Capacitación de personal de salud para manejo de los casos, portadores y brotes
- Educación de la comunidad

c) Programa de cómputo para el seguimiento del estado vacunal de la población infantil.

Se presentó un programa para computadora con la finalidad de seguimiento del estado vacunal de la población infantil y de las mujeres en edad fértil. El programa permite el registro de los niños a partir de la fecha de nacimiento o al recibir la primera dosis, y detecta a través de un sistema de alarma, los que están en retraso con el esquema vacunal.

Programas de este tipo son útiles para la disminución de la tasa de deserción y garantizar que se completen los esquemas de vacunación.

d) Coordinación Interagencial y Movilización de Nuevas Fuentes de Financiamiento.

Los países continúan realizando esfuerzos para reforzar su infraestructura y su capacidad operativa en base a la búsqueda de recursos nacionales adicionales, lo cual se consideró como un factor decisivo para lograr y sostener las metas establecidas por el programa, en especial aquellos destinados a compras de vacunas e insumos críticos y gastos recurrentes críticos al programa deben ser contemplados en el presupuesto nacional.

Los países están en proceso de elaboración de Planes Quinquenales de Acción 1996-2000. La información preliminar indica que los recursos nacionales tendrán una proporción mayor que los recursos internacionales y que nuevas fuentes de financiamiento, tales como el Banco Mundial, BID, ONG's, Organismos Bilaterales, pueden tener una participación en el programa.

En lo que va del año, los CCI se han reunido mensualmente en Bolivia, tres veces en Perú, una sola vez en Ecuador y ninguna en Colombia y Venezuela.

Recomendaciones:

Reactivar los CCI, con elaboración de Planes Quinquenales de Acción y firma de memorando de entendimiento entre los gobiernos y las agencias colaboradoras. Los CCI deben reunirse por lo menos una vez cada 3 meses.

e) **Próxima reunión:** La misma se efectuará en Marzo de 1996 en Perú.

TABLA 1
TOTAL DE CASOS DE SARAMPION POR PAIS Y AÑOS,
REGION ANDINA 1992-95*

PAIS	1992	1993	1994	1995
BOLIVIA	494.00	3.391	1.441	23**
COLOMBIA	7.976	9.851	525	148
ECUADOR	4.356	3.627	3.668	679
PERU*	22.605	1.730	670	150
VENEZUELA	11.949	22.231	16.561	29
TOTAL	51.823	40.830	22.865	1.029

* 1995 Datos hasta la semana 30 ** Casos en investigación

TABLA 2
NUMERO Y PORCENTAJE DE MUNICIPIOS POR NIVEL DE COBERTURA
CON VACUNA ANTISARAMPIONOSA EN MENORES DE UN AÑO.
REGION ANDINA, 1995*

PAIS \ NIVEL DE COBERTURA	< 50%	%	50% - 79%	%	80% Y +	%	TOTAL	95% Y +	%
BOLIVIA**	43	46	42	45	9	9	94	6	6
COLOMBIA	266	25	224	21	558	54	1.055	...	...
ECUADOR	34	18	90	50	57	32	181	39	22
PERU	714	45	499	32	357	23	1.570	255	16
VENEZUELA	182	32	177	31	213	37	572	151	26
REGION ANDINA	1.239	36	1.032	30	1.194	34	3.465	451	19

* 1er. Semestre ** Hasta Abril

TABLA 3
SUSCEPTIBLES MENORES DE 5 AÑOS ACUMULADOS EN LA REGION ANDINA
POR PAIS EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS (93-95)

País	Población < 1 años 1995	Vacunados <5 años 1993-95	Susceptibles		
			No vacunados	No inmunizados	Total
BOL	244622	986.170	184.911	53.176	238.084
COL	890.878	3.273.661	423.975	239.667	663.642
ECU	27.9147	1.239.643	171.015	64.680	142.646
PER**	61.2458	2.386.027	79.250	119.192	198.442
VEN***	55.5509	916.589	194.428	38.496	232.924
Total	2.582614	8.802.090	1.053.579	515.176	1.475.738

* Efic. vacunal: 95% en < 5 años; 90% en < 1 año

** PERU: 2da. Campaña indiscriminada en 1993 y 1995

*** VENEZUELA: Acúmulo de susceptibles a partir de 1994

TABLA 4
INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
DE LOS CASOS PROBABLES DE SARAMPION, REGION ANDINA 1995*

INDICADORES		BO L	COL	EC U	PER	VEN	
CASOS NOTIFICADOS COMO PROBABLES DE SARAMPION	EN INVESTIGACION	23	673	...	0	159	
	CONFIRMADOS	...	137	...	0	28	
	COMPATIBLES	...	136	679	150	35	
	DES CAR TA DO S	RUBEOLA	...	57	16
		DENGUE	...	521	28
		ESCARLATINA	0
		OTROS	4	735	116
	TOTAL		4	2.259	...	150	382
% CASOS QUE CUMPLEN CON LA DEFINICION DE CASO PROBABLE		80	6	...	...	90
% CASOS CON FICHA INVESTIGACION		72	...	...	0	95
% CASOS CON ANTECEDENTE VACUNAL		46	26	...	...	83
% CASOS CON MEDIDAS DE CONTROL DOCUMENTADAS		100	...	...	...	45
% CASOS DESCARTADOS CON DIAGNOSTICO		...	42	...	...	40
% CASOS CONFIRMADOS DONDE SE CONOCE LA FUENTE DE INFECCION		...	...	...	...	...

...Datos no disponibles.

Tabla 5

**CASOS DE TETANOS NEONATAL NOTIFICADOS ANUALMENTE
REGION ANDINA, 1985-1995**

PAIS	CASOS NOTIFICADOS POR AÑO										
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
BOL	9	69	86	118	102	46	45	44	21	21	11
COL	252	211	203	178	161	165	142	103	76	61	23
ECU	91	74	80	126	58	88	80	71	81	57	28
PER	72	89	138	143	183	93	89	140	120	129	55
VEN	70	59	53	43	46	28	35	29	27	14	9
TOTAL	494	502	560	608	550	420	391	384	320	282	126

Tabla 6

**COBERTURAS DE VACUNACION EN NINOS MENORES DE 1 AÑO
REGION ANDINA, 1994 - 1995***

PAIS	VOP3		DPT3		ANTISAR.		BCG	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995*
BOL	82	84	78	84	89	80	90	90
COL	92	82	88	81	83	76	96	91
ECU	78	80	80	80	100	76	100	100
PER*	87	86	87	86	75	62	92	92
VEN	73	84	63	67	94	70	95	98

* Hasta Junio.

Tabla 7

**PORCENTAJE DE MUNICIPIOS POR NIVELES DE COBERTURA CON OPV3
EN MENORES DE 1 AÑO, REGION ANDINA 1994 - 1995***

PAIS	AÑO	< 50%	50-79%	80% y +	TOTAL MUNICIPIOS
BOLIVIA	1994	30	35	35	92
	1995	35	42	23	94
COLOMBIA	1994	11	22	67	1.048
	1995	25	21	54	1.055
ECUADOR	1994	9	36	56	180
	1995	11	48	41	189
PERU	1994	22	35	43	1.656
	1995	45	32	23	1.570
VENEZUELA	1994	21	25	54	689
	1995	21	25	54	572
REGION ANDINA	1994	15	25	60	3.665
	1995	32	28	40	3.480

* hasta junio.

LISTA DE PARTICIPANTES

BOLIVIA

DR. PERCY HALKYER BELAUNDE,
Consultor Nacional del PAI/OPS
Telef. 362.646

DRA. GRACIELA QUIROGA MORALES,
Jefe Nacional PAI
Secretaría Nacional de Salud
La Paz, Bolivia
Telef. 792.550

DRA. SANDRA SILVEIRA
Consultor PAI/OPS
Telef.: 591-2- 431.995

COLOMBIA

DR. JOSE CASSIO MORAES
Oficina Sanitaria Panamericana

DRA. MARIA DEL PILAR RUBIO MEJIA
Jefe PAI - Ministerio de Salud - Colombia
Telef. 246.52.41

DRA. GINA TAMBINI
Consultora OPS/PAI
Telef. 616.01.77

ECUADOR

DR. OSWALDO BARREZUETA COBO
Consultor Nacional PAI/OPS
Telef. 507.763

DR. MENENDEZ SANTA CRUZ, CARLOS ALBERTO
Oficina de Salud y Nutrición - UNICEF
Telef. 503.367

DR. JACOBO ANIBAL MORETA PAREDES
Jefe Nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones
Ministerio de Salud Pública
Telef. 562.404

PERU

DRA. MARIA CACERES CERDEÑA
Coordinadora PAI -
Ministerio de Salud
Telef. 571.403

DRA. ROSA MARIA CARDOSO
Consultor PAI/OPS
Telef. 321.3030

DR. FERNANDO PEREZ CARDENAS
Consultor Nacional PAI/OPS
Telef. 498.43.82

DRA. MYRIAM STRUL FARIAS
Directora Ejecutiva - Ministerio de Salud
Telef. 324.016

VENEZUELA

SRA. AURELIA ACOSTA DE SILVA
Enfermera de Salud Pública - MSAS
Telef. 481.27.92

SR. MOISES DE JESUS AGUIAR R.
Enfermero de Salud Pública V
MSAS - Delta Amacurio
Telef. 21.02.90

SRA. ANA CECILIA ALCALA ORTEGA
Enfermera de Epidemiología Región Caracas - MSAS
Telef. 752.37.62

DR. FRANCISCO ARAOZ
Director General Sectorial de Epidemiología
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Telef. 482.76.86

DR. ANDRES MANUEL BARRETO RUIZ
Jefe Departamento de Epidemiología
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Caracas - Telef. 483. 60.82

DRA. NELIS BARBOZA
Coordinadora Nacional del PAI
Telef. 061 - 22.41.17

DRA. ADELFA BETANCOURT
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

SRA. NELLY MARGARITA CARMONA ARAUJO
Enfermera I - MSAS
Telef. 32.969

SRA. ISABEL E. CASTILLO
Enfermera de Salud Pública
Coordinadora Dtto. 6
Telef. 27.452

TEC. ANA CASTILLO
Técnico Superior Administración de Personal
CONAMU (Consejo Nacional de La Mujer)

SRA. ROSA E. CASTRO DE COLLS
Enfermera de Salud Pública IV
Distrito Sanitario 4

SRA. CANDIDA COLOMBO R.
Enfermera Jefe I
Edo. Yaracuy
Telef. 054 -31.03.51

DR. CESAR AUGUSTO CONTRERAS GUERRA
Presidente PAMI

DR. AIRTON FISCHMAN
Consultor PAI/OPS
Telef. 266.70.77

DR. PEDRO GARCIA BOCARANDA
Adjunto al Departamento de Zoonosis
Dirección de Vigilancia Epidemiológica-MSAS
Teled. 483.66.11 Hab./ 481.70.42

DR. MARISA LORENA GATTI VANGELISTI
Jefe del Departamento de Bacteriología - MSAS
Telef. 472.9220

DR. OSWALDO A. GODOY
Director de Vigilancia Epidemiológica
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Telef. 482.33.30

SRA. NELLY JOSEFINA GUEVARA DE VELASQUEZ
Enfermera Salud Pública II - MSAS
San Juan de Los Morros, Edo. Guárico

DR. JAVIER HAN FAJARDO
Visitador - MSAS - Telef. 016 - 28.73.25

DRA. LAURA HERNANDEZ
Microbiólogo
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Telef. 662.59.80

DRA. EDDY YIBARRA HERNANDEZ
Epidemiólogo del Estado Lara
Telef. 051 - 52.44.69

DR. FRANCISCO JIMENEZ M.
Jefe División de Atención Médica de Fronteras- MSAS
Telef. 284.86.71

DR. LISANDRO LATTUF TRESTINI
Presidente Comité Nacional Polioplus
de Rotary International
Telef. 979.88.84

SRA. ANA ROSA LOBO VILLAREAL
Enfermera de Salu Pública- MSAS
Telef. 074 -21.16.13

DR. HERNAN MALAGA
PWR/VENEZUELA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

DR. EUCLIDES MARCHAN G.
Inspector de Salud Pública
Dirección de Enfermedades Transmisibles-MSAS
Telef. 482.21.30

SRA. GUIMARD ROSA MAROA M.
Enfermera Coordinadora de Epidemiología Regional-MSAS

DRA. MARIA MORALES SALAZAR
Caracas
Telef. 793.76.18

DR. JESUS OQUENDO O.
Médico de Salud Pública, Jefe I
Dirección Regional de Salud del Estado Falcón
Telef. 085 - 51.83.65

DR. HERNAN PAUBLINI CEDEÑO
Coordinador Nacional del Programa de Erradicación
de la Poliomielitis y de la Eliminación del Sarampión
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Telef. 482.33.30

DR. LUIS GUILLERMO PILONIETA LINARES
Rotary Club
Telef. 261.56.68

DR. ALCIADES PETIT NAVARRO,
Epidemiólogo Regional Encargado - MSAS
Telef. 072 - 32.969

DR. BELQUIS PINTO
Microbiólogo
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Telef. 662.59.80

DR. LUIS EMIRO RANGEL HERNANDEZ
Consultor Nacional PAI/OPS
Telef. 261.19.73

DRA. MARISOL DE LA COROMOTO ROA,
Coordinadora Regional del PAI- MSAS
Telef. 073 - 28.935/22.101

DR. LUIS ROBERTO ROJAS PARRA
Director de Análisis de Situación de Salud-MSAS
Telef. (Barinas) 23.545

DR. ROBERTO RONDON MORALES
Director General
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Telef. 481.53.80

DR. HANS SALAS MARONSKEY
Epidemiólogo- MSAS
Telef. 442.74.19

DR. JUANA SALAZAR DE RIVERO
Médico de Salud P-II, Adjunto al Dpto. Epidemiología
Regional Caracas - Telef. 962.13.57

SRA. GISELA VASQUEZ ESCOBAR
Enfermera Coordinadora Servicio
Epidemiología Dpto. Sanitario N° 1
Telef. 81.12.40

LIC. FELIX REYES YANEZ
Coordinador del Programa de
Comunicación Social OPS
Telef. 261.19.73

DR. CIRO DE QUADROS
Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI)
Oficina Sanitaria Panamericana
Telef. 202-861.3247

DRA. ANA CRISTINA NOGUEIRA
Asesora Regional SVI
Oficina Sanitaria Panamericana
Telef. 202-237.2148

DR. CLAUDIO SILVEIRA
Oficina Sanitaria Panamericana
Asesor Regional SVI