

Programa de la II Campaña Nacional de Vacunación Antipoliomielítica Oral

ANTECEDENTES:

A) DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

Morbilidad:

La poliomiélitis paralítica en Cuba se mantuvo con carácter endémico y con baja incidencia hasta 1934, en el cual se registró la primera alza epidémica de consideración (434 casos), produciéndose brotes de magnitud variable en los años 1942, 1946, 1952 y 1955. La tasa promedio durante el período de 1957-1962 es de 3.0 por 100,000 habitantes.

En los años 1959, 1960 y 1961, se ha registrado un aumento de la incidencia que parece revelar una elevación del nivel de la endemia poliomiélica (Cuadro No. 1 y Gráfico No. 1), con tasa de 4.3, 4.9 y 4.9 respectivamente.

Teniendo en cuenta además que la poliomiélitis es una enfermedad invalidante y al disponerse de una vacuna de eficacia comprobada, inocua y de fácil aplicación, el Ministerio de Salud Pública del Gobierno Revolucionario, realizó una campaña masiva de vacunación con vacuna trivalente oral (Sabin) en forma de caramelo (Chumakov), cuya ejecución se efectuó en dos etapas a partir del 26 de Febrero de 1962, lográndose la vacunación de 2.187.855 niños de 1 mes a 14 años de edad, (87.5% de la población de este grupo). Durante el año de 1962 se reportaron 46 casos, lo

que representa una tasa de 0.7 por 100,000 habitantes, más baja que en los 10 años anteriores.

Los magníficos resultados de esta Campaña de Vacunación se evidencian en que a partir de la semana estadística No. 21, (20 al 26 de Mayo) no se ha reportado ningún caso más de poliomiélitis en todo el territorio nacional.

Las tasas promedio provinciales de los últimos años no marcan diferencias notables, siendo la más alta Pinar del Río con 4.4 y la más baja la Provincia de Oriente con 2.3 por 100,000 habitantes (Cuadro y Gráfica No. 3).

El cuadro 2 nos muestra la incidencia mensual durante los años 1957-1962, a partir del cual se ha trazado la variación habitual para 1963 (gráfico 2-A) que marca una disminución del límite inferior del canal endémico en los últimos meses del año cuando se compara con la de 1962. El gráfico 2-B muestra la disminución de casos observados en 1962 con la mediana de los cinco años anteriores a la campaña de vacunación masiva.

Durante el año 1962 todos los casos reportados se encontraban por debajo de 15 años, mientras que en el período 1957-1961 el 7.3% de los casos se encontraban por encima de esa edad. (Cuadro y gráfica No. 4).

Anexo N° 1
ANTECEDENTES ESTADISTICOS
Cuadro No. 1.—Incidencia anual de
Poliomielitis Paralítica
República de Cuba
1932-1962

Año	Casos	Tasa por 100.000 Hb.
1932	8	0.2
1933	5	0.1
1934	434	10.5
1935	179	4.3
1936	81	1.9
1937	70	1.6
1938	29	0.7
1939	67	1.5
1940	25	0.5
1941	16	0.4
1942	494	10.6
1943	54	1.1
1944	33	0.7
1945	9	0.2
1946	239	4.9
1947	74	1.4
1948	4	0.1
1949	28	0.5
1950	28	0.5
1951	11	0.2
1952	492	8.6
1953	68	1.2
1954	56	0.9
1955	267	4.4
1956	56	0.9
1957	98	1.5
1958	104	1.6
1959	288	4.3
1960	330	4.9
1961	342	4.9
1962	46	0.7

Fuente: Depto. de Estadísticas del Minsap.

El 90% de los casos en este período se encontraban por debajo de los 13 años, y en 1962 por debajo de los 12 años.

La distribución por grupos de edades muestra la disminución en 1962 para

todos ellos (Cuadro y gráfico No. 5), persistiendo la tasa más alta (3.5 por 100,000 habitantes), en el grupo 0-4 años.

B) REPORTE PRELIMINAR DE LA ENCUESTA SEROLOGICA:

1. La encuesta serológica, aunque la cantidad de muestras examinadas es pequeña, se considera como un antecedente útil a valorar.
2. Se tomaron 476 muestras antes de la vacunación y 433 muestras, cuatro semanas después de la 1ª dosis. Las muestras después de la primera dosis fueron obtenidas en individuos vacunados y no vacunados, no tomándose la evidencia que los individuos sujetos a la investigación serológica, después de la primera dosis hayan tomado o no el caramelo.

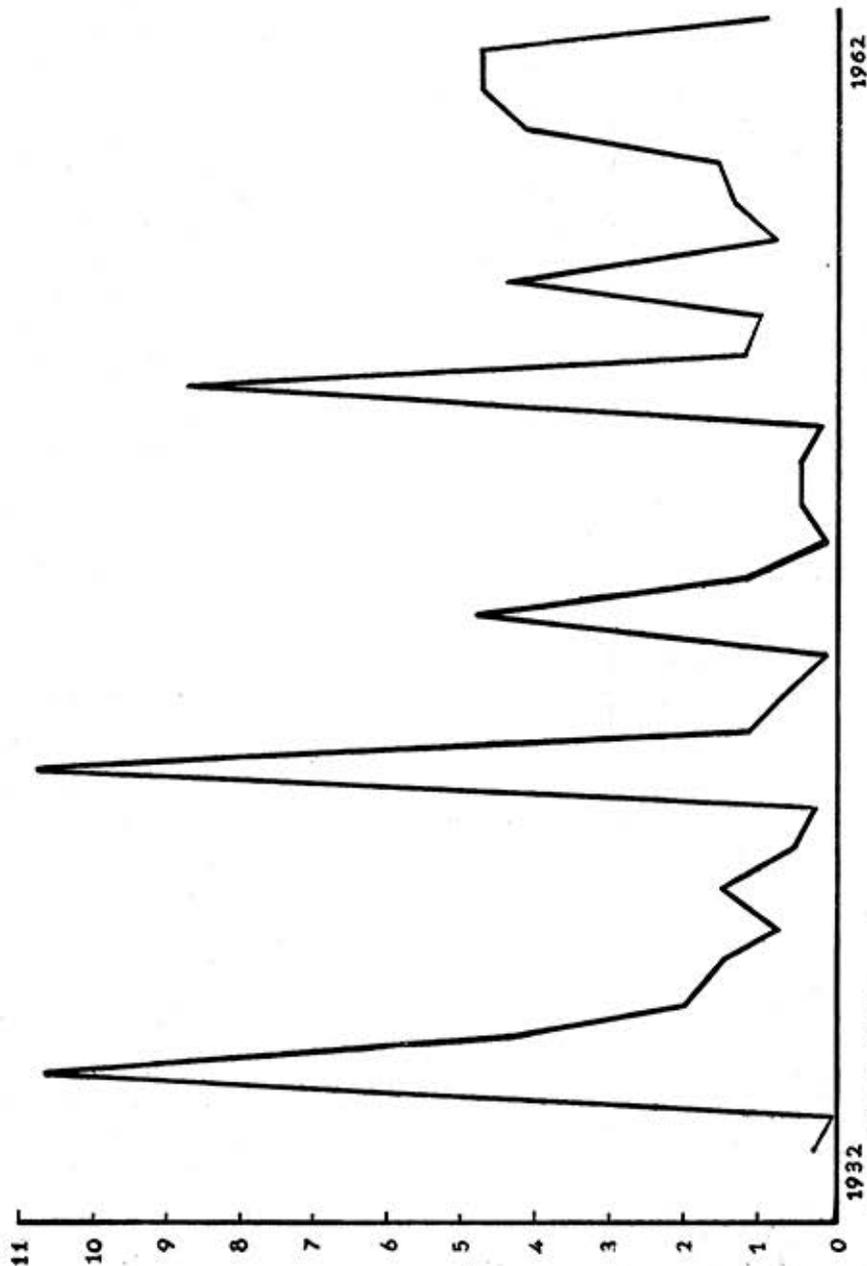
Antes y después de la primera dosis, se tomaron muestras en individuos de diferentes grupos de edad, elegidos en proporción a la densidad de la población. Las muestras fueron tomadas asépticamente, preparadas correctamente dentro de las 48 horas y transportadas por avión en condiciones óptimas a la ciudad de Praga.

Los niveles de anticuerpos fueron determinados en el Depto. de Enterovirus del Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga, bajo la dirección del Dr. Karel Zacek.

3. El estado sero-inmunológico manifestado en la muestra antes de la vacunación oral (ver tabla No. 1) nos indica un ba-

—SUBSECRETARIA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA.
 —INCIDENCIA DE POLIOMIELITIS PARALITICA - TASA POR 100.000 Hb.
 —REPUBLICA DE CUBA: 1932 - 1962.

TASA POR
100.000 HB.



Fuente: Cuadro Nº 1.

Cuadro No. 2.—Casos de Poliomielitis Paralítica según mes y año.

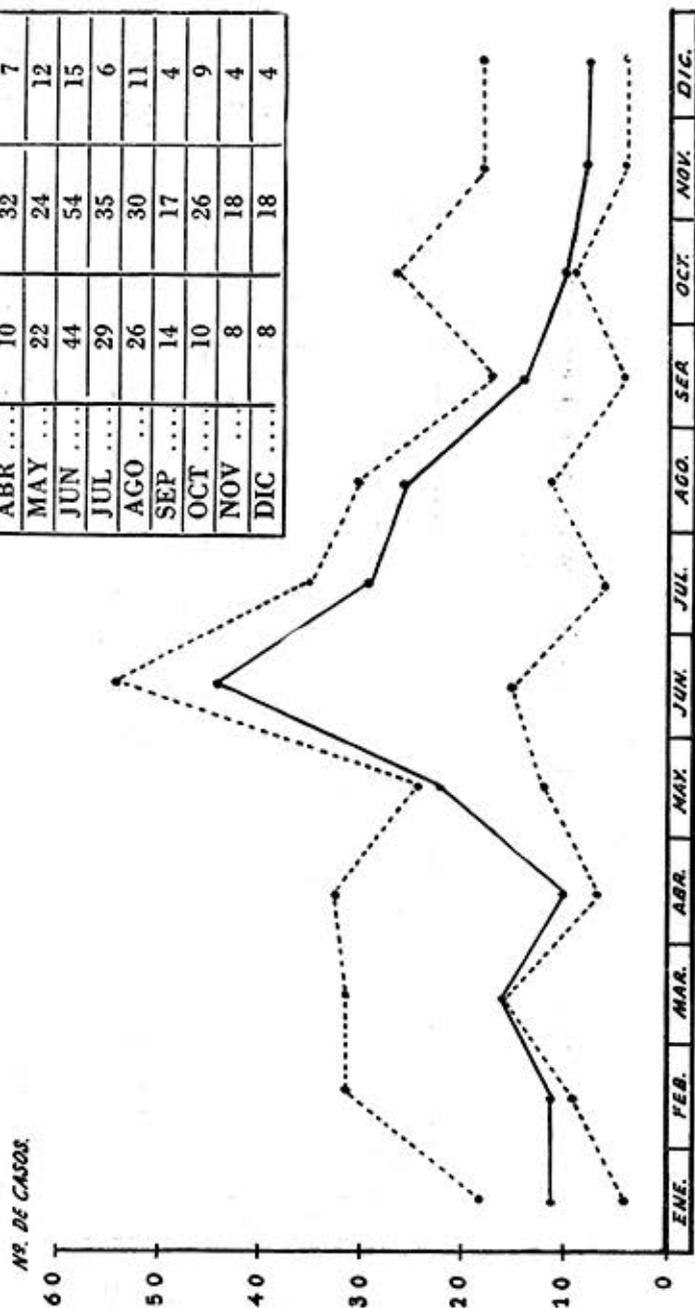
REPUBLICA DE CUBA

1957 — 1962

Años	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	Total
1957	10	3	3	5	5	5	7	9	12	16	15	8	98
1958	11	5	8	6	12	15	6	11	4	10	8	8	104
1959	18	33	31	37	24	59	29	26	14	9	4	4	288
1960	3	9	16	10	27	44	54	49	50	26	23	19	330
1961	22	31	36	32	22	54	35	30	17	27	18	18	342
1962	4	17	16	7	2	0	0	0	0	0	0	0	46
TOTAL:	68	98	110	97	92	177	131	125	97	88	68	57	1208

Fuente: Depto. de Estadística del MINSAP.

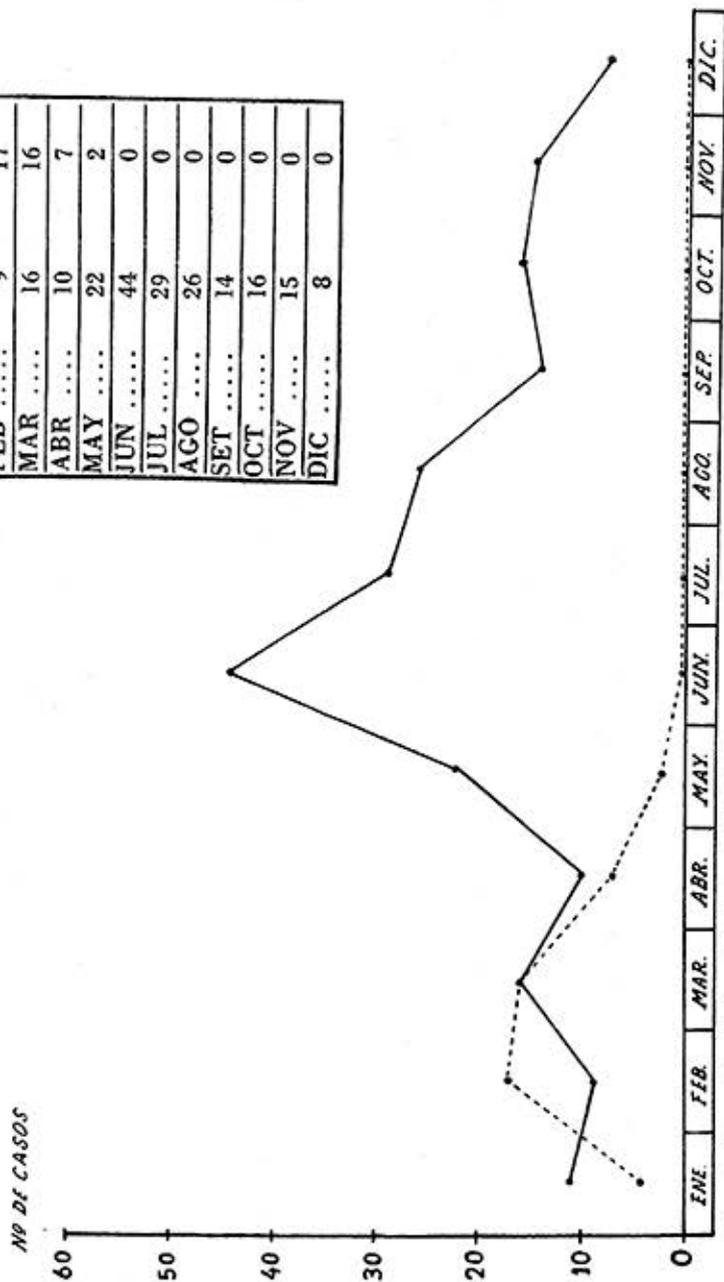
—CASOS DE POLIOMIELITIS PARALITICA
 —MEDIANA FIJA DE 5 AÑOS (1958-1962)
 Y VARIACION HABITUAL PARA 1963.
 —REPUBLICA DE CUBA.



Fuente: Cuadro Nº 2.

—POLIOMIELITIS PARALITICA: MEDIANA FIJA (1957-1961)
 CASOS OBSERVADOS EN 1962.
 —REPUBLICA DE CUBA.

Mes	MD FIJA	Casos Observados 1962
ENE	11	4
FEB	9	17
MAR	16	16
ABR	10	7
MAY	22	2
JUN	44	0
JUL	29	0
AGO	26	0
SET	14	0
OCT	16	0
NOV	15	0
DIC	8	0



Fuente: Depto. Estadísticas Ministerio de Salud Pública.

Cuadro No. 3.—Incidencia de Poliomielititis Paralitica según provincia

REPUBLICA DE CUBA

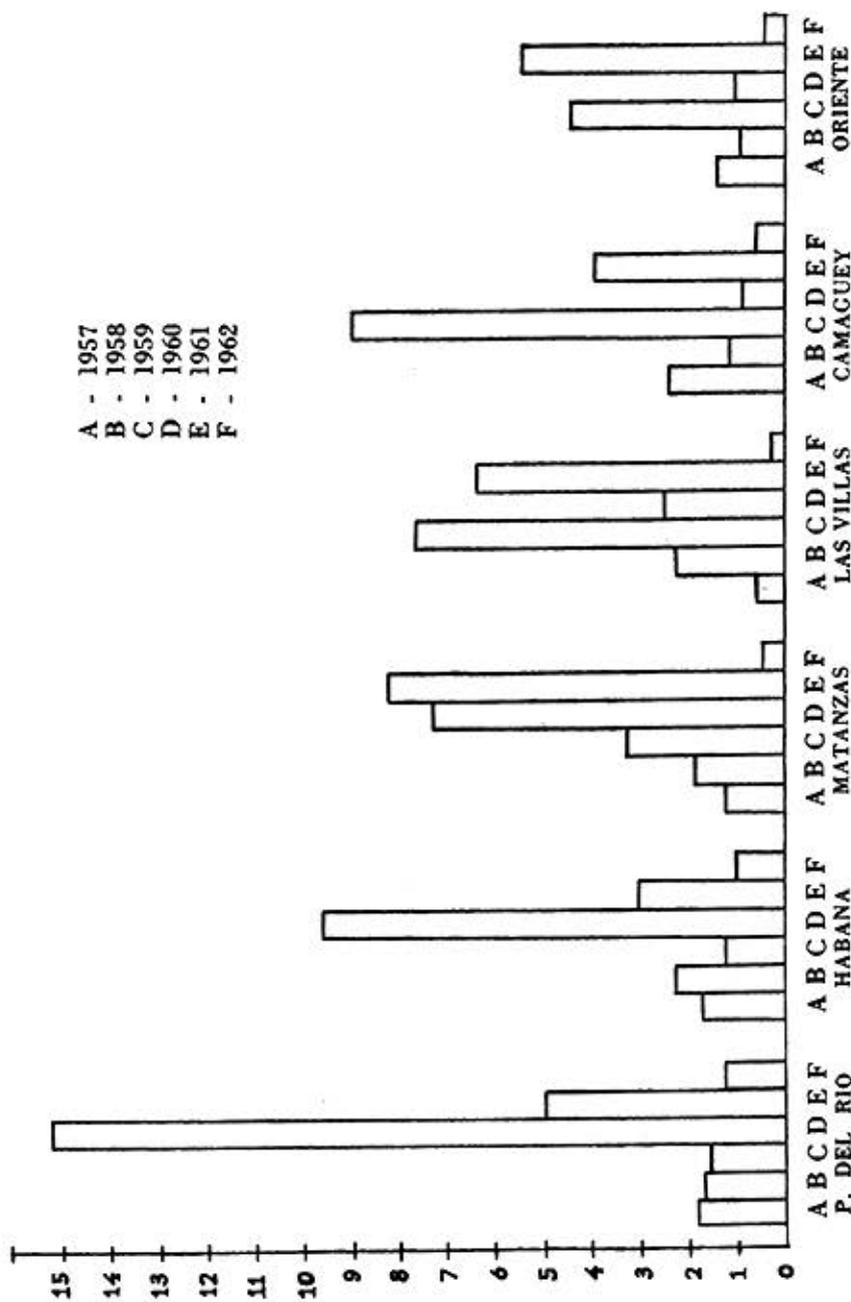
1957 — 1962

Provincias	1957		1958		1959		1960		1961		1962		Total	
	Casos	Tasa (*) Prom.												
P. del Río..	9	1.9	8	1.7	8	1.6	75	15.2	25	5.0	6	1.2	131	4.4
La Habana.	27	1.6	39	2.3	21	1.2	170	9.4	55	3.0	20	1.0	332	3.1
Matanzas ...	5	1.2	8	1.9	14	3.3	31	7.3	35	8.2	2	0.5	95	3.7
Las Villas..	7	0.7	24	2.2	83	7.5	27	2.4	70	6.2	2	0.2	213	3.2
Camaguey ..	19	2.8	8	1.1	62	8.6	6	0.9	30	4.0	5	0.7	130	3.0
Oriente	31	1.5	17	0.8	100	4.7	19	0.9	127	5.6	11	0.5	305	2.3
CUBA	98	1.5	104	1.6	288	4.3	330	4.9	342	4.9	46	0.7	1208	3.0

(*) Tasa por 100,000 habitantes.

INCIDENCIA DE POLIOMIELITIS PARALITICA SEGUN PROVINCIA
 REPUBLICA DE CUBA: 1957 - 1962.

TASA POR
 100,000 HB



Fuente: Cuadro Nº 3.

Cuadro No. 4.—Casos de Poliomielitis Paralítica por años de edad.

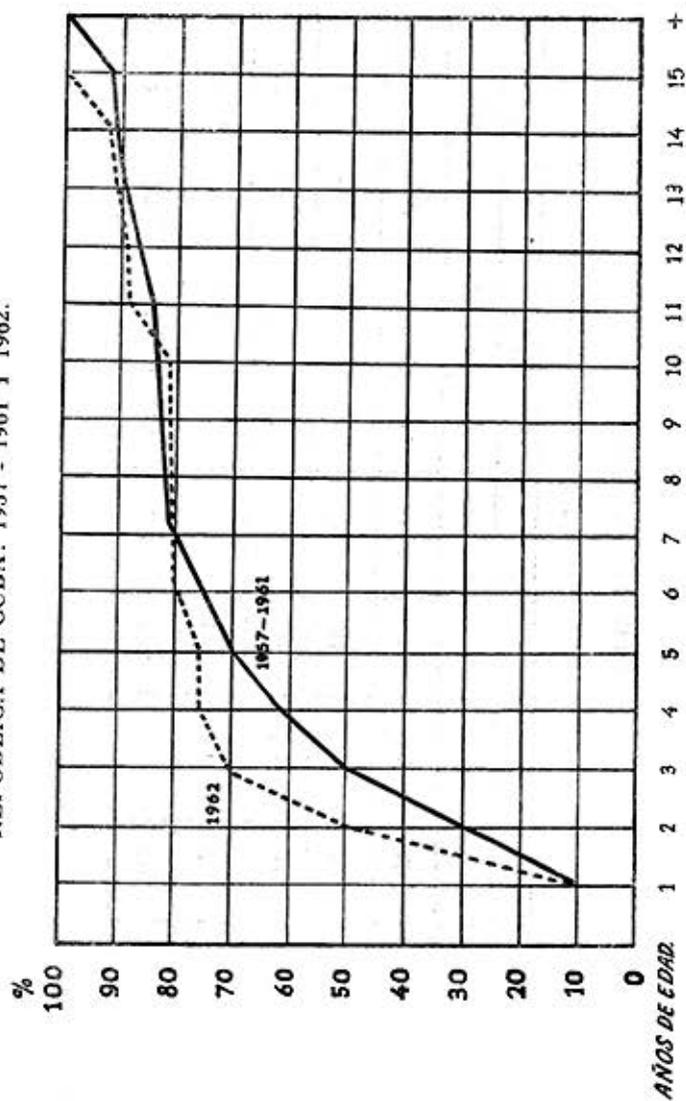
REPUBLICA DE CUBA

Años 1957 - 1961 - 1962

Edad en años	1957 - 1961				1962				T O T A L :			
	Casos	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo		Casos	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo		Casos	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo	
1	148	12.7	—		6	13.0	—		154	12.7	—	
1	243	20.7	12.7		17	37.0	13.0		260	21.6	12.7	
2	185	17.2	33.4		10	21.8	50.0		195	16.1	34.3	
3	139	11.7	50.6		2	4.3	71.8		141	11.7	50.4	
4	106	8.6	62.3		0	0.0	76.1		106	8.8	62.1	
5	71	5.4	70.9		2	4.3	76.1		73	6.0	70.9	
6	46	3.7	76.3		0	0.0	80.4		46	3.8	76.9	
7	23	2.1	80.0		1	2.2	80.4		24	2.0	80.7	
8	16	1.1	82.1		0	0.0	82.6		16	1.3	82.7	
9	11	1.4	83.2		0	0.0	82.6		11	0.9	84.0	
10	17	1.8	84.6		3	6.5	82.6		20	1.7	84.9	
11	21	2.0	86.4		0	0.0	89.1		21	1.7	86.6	
12	14	1.8	88.4		1	2.2	89.1		15	1.2	88.3	
13	13	1.2	90.2		1	2.2	91.3		14	1.2	89.5	
14	16	1.3	91.4		3	6.5	93.5		19	1.6	90.7	
15y—	93	7.3	92.7		0	0.0	100.0		93	7.7	92.3	
Total:	1162	100%	100.0		46	100.0	100.0		1208	100.	100.0	

Fuente: Depo. de Estadística del Minsap.

Gráfica No 4. PORCENTAJE ACUMULATIVO DE CASOS DE POLIOMIELITIS PARALÍTICA POR AÑOS DE EDAD. REPUBLICA DE CUBA: 1957 - 1961 Y 1962.



Fuente: Cuadro No 4 - Depto. Estadísticas Min. Salud Pública.

Cuadro No. 5.—Incidencia de Poliomieliitis Paralitica por grupos de edad
 REPUBLICA DE CUBA

1957 - 1962

Grupos de Edad	1957		1958		1959		1960		1961		1962	
	Casos	Tasa (*)										
0-4	72	9.0	69	8.4	201	22.3	236	28.0	243	28.1	35	3.5
5-9	14	1.9	14	1.9	49	5.9	48	5.7	42	4.8	3	0.4
10-14	7	1.0	15	2.0	20	2.7	21	2.7	18	2.3	8	1.1
15y—	5	0.1	6	0.1	18	0.4	25	0.6	39	0.9	0	0.0
TOTAL:	98	1.5	104	1.6	288	4.3	330	4.9	342	4.9	46	0.7

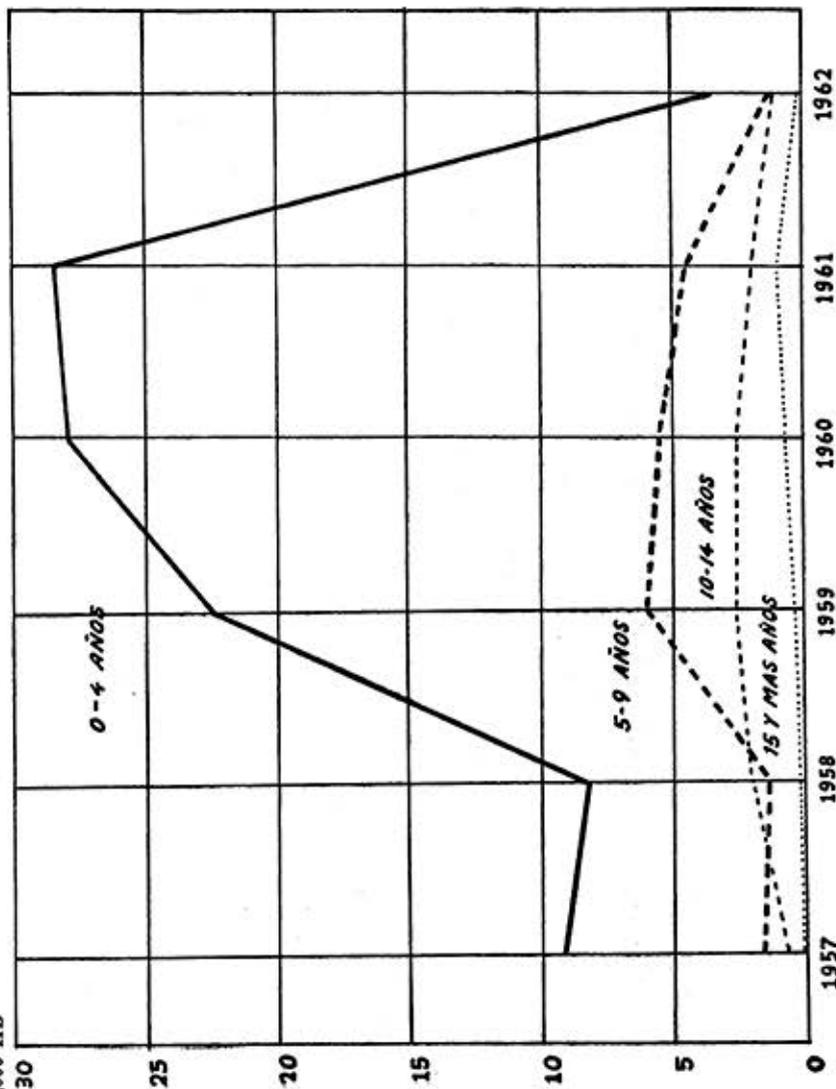
(*) Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Depto. de Estadística del Minsap.

—INCIDENCIA DE POLIOMIELITIS PARALITICA
 POR GRUPOS DE EDADES
 —REPUBLICA DE CUBA: 1957 - 1962.

Gráfica Nº 5.

TASA POR
 100,000 HB



Fuente: Cuadro Nº 5.

Nivel Inmunológico existente antes y después de la administración de la primera dosis de Vacuna Antipoliomielítica oral a los tres tipos de virus por grupos de edad.

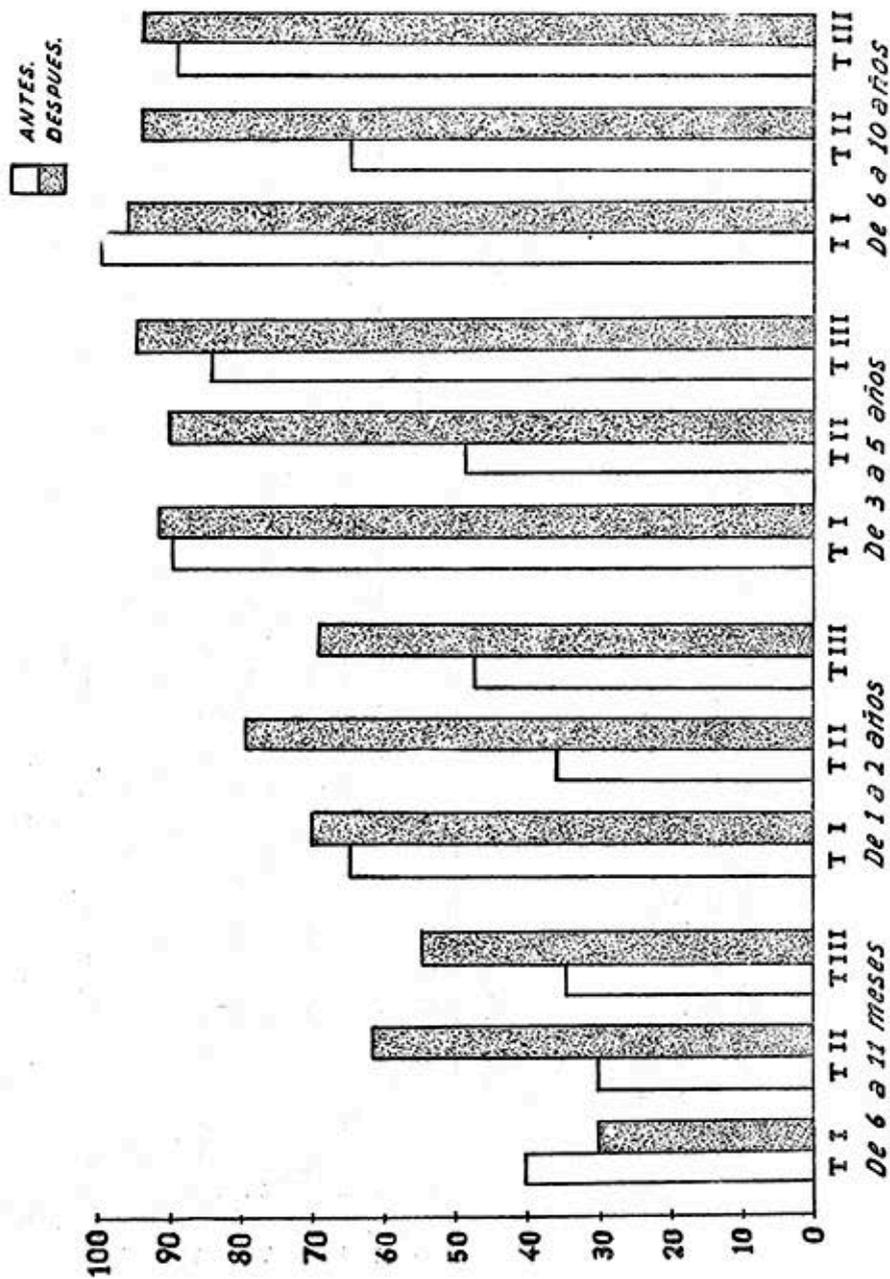
REPUBLICA DE CUBA
Febrero - Junio - 1962.

Grupo de edad	PORCENTAJE DE INMUNIDAD AL VIRUS VIVO:											
	I				II				III			
	Antes	Después	Variación		Antes	Después	Variación		Antes	Después	Variación	
6-11 meses	40%	30%	10%		30%	62%	32%		34%	54%	20%	
1-2 años	64%	70%	6%		35%	79%	44%		50%	69%	19%	
3-5 años	90%	92%	2%		48%	90%	42%		83%	94%	11%	
6-10 años	98.2%	97%	1%		67%	94%	27%		90.2%	94%	4%	

Nota: Muestra serológica tomada en distintos Hospitales Pediátricos del País: Antes 476 muestras. Después 433.

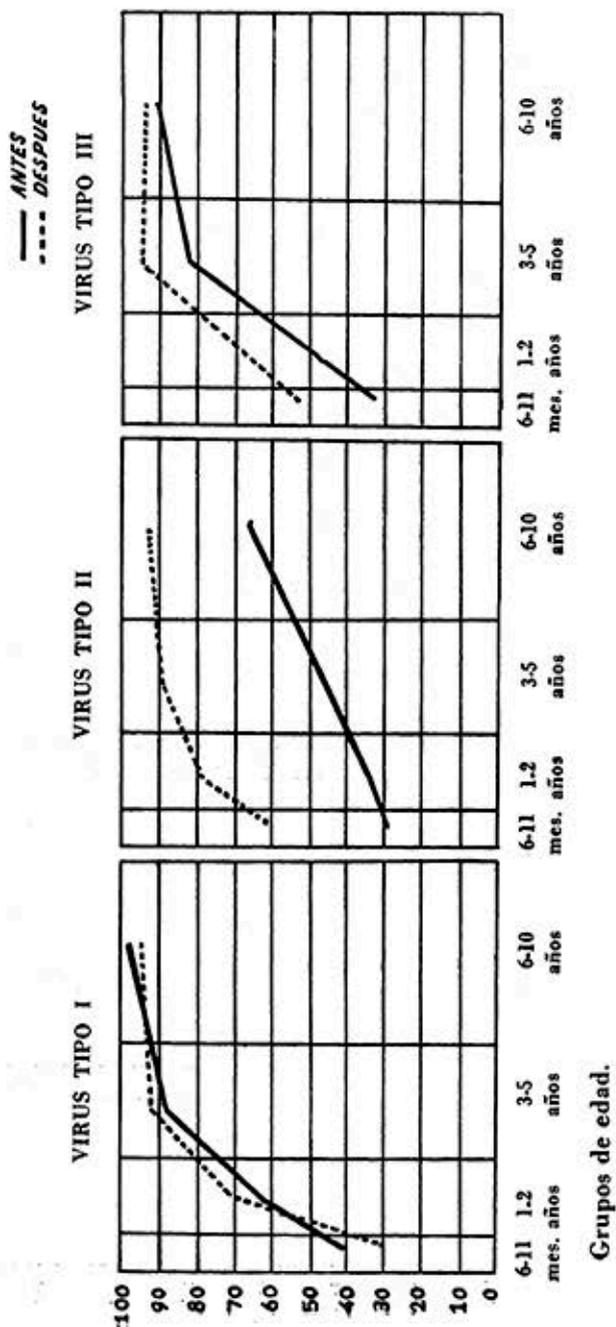
—NIVELES INMUNOLOGICOS EXISTENTES ANTES Y DESPUES DE LA
 ADMINISTRACION DE LA PRIMERA DOSIS DE VACUNA
 ANTIPOLIOMIELITICA ORAL.

—REPUBLICA DE CUBA: FEBRERO - JUNIO 1962.



NIVELES INMUNOLOGICOS EXISTENTES ANTES Y DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE LA PRIMERA DOSIS DE VACUNA ANTIPOLIO. MIELITICA ORAL

REPUBLICA DE CUBA: FEBRERO - JUNIO 1962.



jo porcentaje de individuos protegidos con anticuerpos; particularmente se observa un bajísimo porcentaje del T II, primordialmente en el grupo de 0 á 6 años, y dentro de éste, el de 6 á 11 meses.

Existe una directa correlación entre la poliornobilidad y el estado sero-inmunológico de la población al T II. Por lo tanto, se considera el estado sero-inmunológico al T II como índice de la protección de la población.

Analizando el estado inmunológico antes de la vacunación con el T II, nos encontramos: (ver figura No. 1).

Esta baja protección con el T II, es lo que explica la relativamente alta morbilidad en nuestro medio y sería por lo tanto una justificación más de la Campaña de Vacunación Masiva, ya realizada.

Por este análisis y los antecedentes epidemiológicos se concluye que el grupo de edad de mayor riesgo es el de 0 á 6 años, y a la vez, el más importante desde el punto de vista epidemiológico, por ser el reservorio habitual del virus salvaje y la posible fuente de infección.

4. El análisis del estado sero-inmunológico después de la primera dosis (ver tabla No. 1), permite concluir que los resultados obtenidos con el T I, fueron muy pobres.
5. El análisis del estado sero-inmunológico, después de la primera dosis, (ver tabla No. 1), nos indica:

5-1. Puede suponerse que el Tipo I fué suprimido en el caramelo por inhibición intertípica, predominantemente del T II, que es la cepa dominante.

5-2. Es posible que el resultado obtenido con el T II, no sea más elevado por la interferencia con otros entero-virus.

5-3. No obstante, el resultado obtenido con el T II, es satisfactorio, aumentando de manera significativa en el grupo de 0 á 6 años.

La conclusión final se obtendrá de la valoración serológica que será realizada previa a la Segunda Campaña Nacional de Vacunación, que implica los resultados obtenidos siete meses después de la terminación de la primera campaña nacional de vacunación. antipoliomielítica oral.

1.—PROPOSITO:

Consolidar y elevar el nivel de inmunidad de la población infantil para asegurar el control de la poliomielitis y dar un nuevo paso hacia su erradicación.

2.—OBJETIVOS:

2-1. Vacunar con vacuna bivalente (T-2 y T-3) y con monovalente (T-1) con intervalo de seis a ocho semanas por lo menos, a 2.170,698 niños de 1 mes a 14 años que equivale al 85% de la población de esta edad existente en el país.

2-2. Este Programa incluirá a niños que fueron vacunados en la Campaña anterior, no vacunados, y a nacidos después de realizada la misma.

2-3. La Campaña tendrá una duración de seis meses con una fase de planificación de dos meses a partir de Diciembre de 1962.

La ejecución se efectuará en dos etapas de diez días de duración con un intervalo de 6 a 8 semanas. La primera comenzará el 19 de marzo de 1963. La evaluación preliminar se llevará a cabo en el mes siguiente a la terminación de la segunda etapa.

3.—ORGANIZACION Y FUNCIONES:

3-1. La II Campaña Nacional de Vacunación Antipoliomielítica Oral será realizada bajo la dirección y supervisión del Ministerio de Salud Pública, teniendo en ella principal responsabilidad la Subsecretaría de Higiene y Epidemiología.

3-2. El Ministro de Salud Pública realizará las coordinaciones interministeriales para obtener la participación y colaboración que sea necesaria al desarrollo de la Campaña.

3-3. La Subsecretaría de Higiene y Epidemiología constituirá, formará parte y dirigirá la Comisión Nacional de Vacunación. Tendrá bajo su responsabilidad las gestiones necesarias para la importación, recepción y almacenamiento central y distribución a las Direcciones Regionales de las vacunas a utilizar en ambas fases de la Campaña.

3-4. La Comisión Nacional de Vacunación Antipoliomielítica de carácter técnico-normativo estará integrada por funcionarios de la Subsecretaría de Higiene y Epidemiología y de la Subsecretaría de Asistencia Médica.

3-5. La Comisión Nacional de Salud del Pueblo (integrada por

representantes del Ministerio de Salud Pública, de la F.M.C., C.D.R., U.J.C., Cruz Roja Cubana, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños y C.T.C.-R) será el organismo encargado de la coordinación entre el Ministerio y esas Organizaciones de Masas y su tarea fundamental es la incorporación del pueblo a las actividades de la Campaña, así como coadyuvar al incremento de la conciencia popular sanitaria.

3-6. La responsabilidad de la dirección y supervisión de la vacunación a Nivel Regional será del Director Regional, teniendo en ella principal responsabilidad el Director del Centro de Higiene y Epidemiología Regional.

El Director Regional y su Consejo de Dirección se reunirán sistemáticamente con el Responsable Provincial del Ministerio de Educación, con la Comisión Regional de Salud del Pueblo y con la Jucei Provincial, para coordinar las actividades a desarrollar durante la Campaña.

A este nivel, el Centro de Higiene y Epidemiología tendrá las siguientes funciones:

a). Planificación Regional.

b). Coordinación y control de la labor a realizar por las Direcciones Zonales correspondientes. Para lo cual contará con la colaboración permanente del Responsable de Asistencia Médica Regional quien tendrá a su cargo suministrar los recursos humanos y materiales de sus de-

pendencias, de acuerdo con las necesidades de la Campaña en esa Región.

c). Ejecución de la Campaña en aquellas ciudades sedes donde las funciones Zonales son cumplidas por las Direcciones Regionales (Depto. de Asistencia Médica y Centros de Higiene y Epidemiología). Además, cuando la insuficiencia de recursos (humanos y materiales) o las características locales de determinadas Zonales así lo requieran, el Centro de Higiene y Epidemiología participará directamente en la ejecución de las labores de la Campaña.

d). Almacenamiento y distribución de la vacuna.

e). Control y distribución de materiales y equipos.

f). Dirección y supervisión de la divulgación sanitaria en la región.

- 3-7. El Director Zonal será el responsable de la ejecución de la vacunación a este nivel, para lo cual coordinará las actividades de los Responsables de Higiene y Epidemiología y Asistencia Médica, así como las de los representantes del Consejo Municipal de Educación, la JUCEI Municipal y la Comisión Municipal de Salud del Pueblo.

En resumen, las funciones del Director Zonal, serán las siguientes:

a). Planificación Zonal: determinación del número y ubicación de los Centros Fijos y Equipos Móviles.

b). Coordinación y control de la vacunación en su Zona.

c). Dirección de la divulgación sanitaria en la zona.

d). Distribución de vacunas, material y equipos.

e). Recolección y envío oportuno de la información estadística.

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS:

4-1. *Obtención y almacenamiento de la vacuna:*

La vacuna se obtendrá de la Unión Soviética, utilizándose la vía cablegráfica para especificar el número de dosis y fechas de envío, tipo de vacunas y otros detalles referentes a la misma. Se utilizarán 700,000 dosis de Tipo II y III de 1.000,000 TCD50 y 700,000 dosis de tipo I, ambas en forma líquida. Además 2.200,000 dosis de Tipo II y III y 2.200,000 dosis de Tipo I en forma de caramelo.

Los tipos II y III en las distintas formas líquidas y caramelo llegarán antes del 19 de marzo de 1963; y el tipo I (líquida y caramelo) llegarán antes del 6 de mayo de 1963.

La vacuna se trasladará desde el Aeropuerto Internacional "José Martí", con equipos de transporte refrigerado, para conducirla al frigorífico de almacenamiento central. Tanto los carros refrigerados como el frigorífico central, mantendrán una temperatura constante de menos de 20 grados centígrados.

4-2. *Distribución y almacenamiento periférico:*

Del almacenamiento central la vacuna se será trasladada mediante carros refrigerados a las

siete Regionales, donde se mantendrá en frigoríficos adecuados; también a temperatura de menos veinte grados centígrados.

De las Direcciones Regionales será transportada a las Zonales, donde se mantendrá en refrigeración a una temperatura entre 4 y 8 grados centígrados. De la Dirección Zonal a los Centros de Vacunación, la vacuna será enviada en los medios de transporte que resulten más adecuados a las características del terreno.

- 4-3. La vacunación se realizará en zonas urbanas fundamentalmente, en Centros Fijos. Estos Centros Fijos deberán establecerse en número suficiente y ubicación estratégica, de acuerdo con las características de los diferentes sectores. Si es necesario se habilitarán locales no pertenecientes al Ministerio (Cruz Roja. Seccionales de los Comités de Defensa de la Revolución, etc.)

Los escolares serán inmunizados por equipos móviles que irán a las escuelas. En esta tarea es de gran importancia la participación de los maestros.

- 4-4. En el medio rural además de los Centros Fijos existentes en las Dependencias del Servicio Médico Social Rural se establecerán Centros de Vacunación a Nivel de las Escuelas, siendo Centros de Atracción también para los niños de edad no escolar.

En la vacunación de esta población también se utilizarán equipos móviles, teniendo especial responsabilidad el Ser-

vicio Médico Social Rural y la Anap.

4-5. *Técnica de vacunación:*

La vacunación líquida será administrada a los niños menores de 3 años (521,680) que constituyen el 85% de la población de esa edad; 613,742, siguiendo la técnica que se describe en Anexo 1.

El caramelo vacuna se le administrará a los niños de 3 a 14 años (1.649,015, 85% de 1.940,018), quienes lo tomarán directamente con lo cual se evita la manipulación

4-6. *Sistema de Información y Registro:*

- 4-6-1. Tarjeta de Vacunación (06-75-020-01).

- 4-6-2. Carnet de Vacunación (06-75-007-04).

- 4-6-3. Informe diario de Centro o Equipo Móvil.

- 4-6-4. Informe diario de la Dirección Zonal.

- 4-6-5. Informe diario de la Dirección Regional.

- 4-6-6. Informe diario nacional.

Las instrucciones para el Registro de Datos, envío, etc., se señalan en el Anexo No. 2.

5.—PERSONAL, MATERIAL Y EQUIPOS:

5-1. *Personal:*

- 5-1-1. En los Centros Fijos que funcionen en los Hospitales y Policlínicos, el personal será el habitual, reforzado por personal de las Organizaciones de Masas y Cruz Roja.

El Responsable será un médico o técnico del Ministerio de Salud Pública, quien dirigirá y orientará las acciones de los mismos.

Del personal de las Organizaciones de Masas se designará un Responsable de Vacunación quien se encargará del transporte y administración de la vacuna, auxiliado por lo menos por dos personas. Un Responsable de Estadística se encargará de la revisión y control de las tarjetas de vacunación así como de la confección de la información total, que será entregada a la Dirección Zonal.

Tendrá e n t r e sus funciones anotar la dosis administrada en la tarjeta de vacunación y en el carnet de vacunación.

Un número variable entre 4 y 6 personas serán los Responsables de Orden, según las necesidades, quienes se encargarán de que la vacunación pueda realizarse ordenadamente y de controlar la ingestión de la forma líquida o del caramelo vacuna.

- 5-1-2. Los equipos móviles estarán integrados por cinco personas: Un Responsable de Equipo; un Responsable de Vacunas; Un Responsable de Estadísticas y dos Responsables de Orden.

5-2. *Material, local y equipos:*

5-2-1. *Material:*

- 5-2-1-1. La vacuna que se utilizará será la oral (Sabin) en forma de líquido y caramelo (Chumakov) Bivalente, (II y III) y la Monovalente Tipo I, de virus v i v o atenuado, conteniendo un millón TCD-50.

5-2-1-2. *Modelos:*

Tarjetas de vacunación. Car-

nets de Vacunación. Informe diario del Centro o Equipo.

Informe diario a la Dirección Zonal.

Informe diario a la Dirección Regional.

Informe diario nacional.

5-2-2. *Local:*

Se utilizarán como Centros de Vacunación las Dependencias del Ministerio de Salud Pública tales como: Hospitales, Policlínicos, etc. También se utilizarán los locales de las Escuelas, Seccionales de los Comités de Defensa de la Revolución, Cruz Roja, así como otros, de acuerdo con las necesidades de las Zonas.

5-2-3. *Equipos:*

5-2-3-1. *Para el almacenamiento:*

A Nivel Nacional y en cada Región, se usarán frigoríficos de Centros Industriales.

A Nivel Local, los refrigeradores de las Dependencias Oficiales del Minsap.

5-2-3-2. *Para el transporte:*

Se utilizarán transporte aéreo (aviones-helicópteros), transporte terrestre (carros congeladores, automóviles, camionetas), utilizándose inclusive en los lugares de difícil acceso, el transporte animal.

5-3. *Recursos que aportarán otros Organismos que cooperarán en la Campaña:*

- 5-3-1. *Ministerio de Educación:* Este Ministerio aportará los locales que servirán como Centros de Vacunación así como los maestros que participarán como Miembros del Equipo de Vacunación. Además, aportará sus representantes regiona-

les y municipales para la coordinación a esos niveles.

5-3-2. *Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias:*

Aportará los equipos necesarios para el transporte de vacunas y personal en regiones montañosas y de difícil acceso.

5-3-3. *Ministerio de Industrias e Inra:*

Facilitarán los carros congeladores que se utilizarán en el transporte de vacunas.

-3-4. *Organizaciones de Masas:*

Aportarán los recursos necesarios para el cumplimiento de las siguientes funciones:

5-3-4-1. Participar en las Comisiones a los distintos niveles nacional, provincial y zonal.

5-3-4-2. Participar activamente en la divulgación de la vacunación para consolidar la conciencia popular sobre la conveniencia de esta Campaña.

5-3-4-3. Movilización de los niños hacia los Centros de Vacunación.

5-3-4-4. Constitución de Comisiones de Orden y confección de datos estadísticos y otras actividades para el mejor desenvolvimiento de la vacunación masiva.

5-3-4-5. Control de los niños que no se vacunen durante el período de vacunación.

5-3-4-6. Colaboración en el manejo de las tarjetas de vacunación, recolección de todos los datos necesarios. Explicación a las madres de la necesidad de presentar el carnet de vacunación correspondiente.

5-3-4-7. Además aportarán sus locales para Centros de Vacunación, cuando las circunstancias lo aconsejen.

6.—DIVULGACION Y EDUCACION
SANITARIA:

6-1. Para la educación y divulgación sanitaria, se planifica la emisión por radio y televisión de menciones en número y frecuencia suficientes, con un mínimo de gastos, antes y durante las etapas de la ejecución de la Campaña.

6-2. Espacios de televisión.

6-3. Programas radiales.

6-4. En las diferentes Zonales se informará al público mediante Unidades Móviles con altoparlantes de el Departamento de Educación para la Salud del Minsap.

6-5. Impresión de carteles o afiches sobre vacunación, dirigidos a: Población general.

A los niños.

A las madres.

A los campesinos.

A los maestros.

6-6. Intensa campaña de prensa mediante periódicos, revistas, etc.

6-7. Reproducción de carteles impresos en vallas anunciadoras en todos los Municipios.

6-8. Vallas en las ciudades y pueblos más importantes con datos sobre el estado de la vacunación.

6-9. Educación en las escuelas.

6-10. Educación a los Responsables de Salud de los Organismos de Masas.

(Ver Anexo No. 3)

7.—BASES PARA LA EVALUACION:

7-1. *Evaluación cuantitativa:*

7-1-1. *La evaluación simultánea al desarrollo del programa se llevará a cabo diariamente de acuerdo a lo expresado en el*

apartado referente al sistema de información y registro.

Se sugiere que como mínimo diariamente se deberán alcanzar los siguientes porcentajes de las metas fijadas:

Primer día	35%
Segundo día	55%
Tercer día	70%
Cuarto día	80%
Quinto día	86%
Sexto día	90%
Séptimo día	95%
Octavo día	97%
Noveno día	98%
Décimo día	100%

NOTA: Estas metas podrán ser evaluadas gráficamente mediante barras en que se hayan expresado los porcentajes a cumplir diariamente, y las vacunaciones que se vayan efectuando.

En el Anexo No. 4, se ofrecen los datos de población por Regiones y grupos de edades así como las metas a cumplir.

7-1-2. *La evaluación final* se efectuará mediante la tabulación de las tarjetas, especificándose la distribución por grupos de edad y el número de dosis alcanzada en cada uno de ellos, así como el porcentaje que representa de la meta fijada, tanto a Nivel Nacional, Regional y Zonal.

7-2. *Evaluación Cualitativa:*

La evaluación del estado inmunológico alcanzado, se efectuará mediante la titulación de los anticuerpos neutralizantes, antes y después de las etapas de la Campaña de Vacunación (Ver procedimientos en Anexo No. 5).

7-2-1. Se constituirá una Comisión de Vigilancia integrada por Clínicos, Virólogos y Epide-

miólogos, que tendrán como función analizar los resultados serológicos y virológicos.

Esta propia Comisión será la encargada de estudiar todos los síndromes neurológicos de interés que puedan presentarse durante y después de la vacunación, sean o no sospechosos de poliomiélitis.

ANEXO 2.

CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIPOLIO- MIELITICA POR VIA ORAL.

SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO

Los datos de la vacunación se registrarán inicialmente en la tarjeta de vacunación, correspondiente a cada vacunado. Un niño que concurre a recibir la vacunación puede tener ya abierta una tarjeta de vacunación, por haber recibido anteriormente algún tipo de vacuna (antipoliomielítica oral, triple, duple, etc.), o puede no tener tarjeta de vacunación abierta; en este último caso se le abre ahora.

Los datos de la vacunación se registrarán en el reverso de la tarjeta de Vacunación, correspondiente a *Reactivaciones* y *Reinmunizaciones*, si el niño recibió la vacunación antipolio en 1962. Si no es así, los datos se anotarán en el *anverso* de la tarjeta, escribiendo la fecha en que recibe el primer caramelo en el espacio correspondiente a *primera dosis* y la fecha en que recibe el segundo caramelo en el espacio correspondiente a *segunda dosis*.

Para una mayor eficiencia en el trabajo:

- En cada Centro de Vacunación será designada una persona responsable del tarjetero.
- La persona responsable del tarjetero colocará las tarjetas en orden alfabético, *por la letra inicial del primer apellido*. (De la A a la Z).

- c) A medida que vaya colocando las tarjetas en su orden (las que ya existen), cuando encuentre alguna en que el nombre y apellidos sean difíciles de leer, si le es posible leerla, escribirá esos datos *en letra de molde*. Si no le es posible leerla la colocará *en un grupo aparte*, a fin de aclarar los datos posteriormente, cuando el niño concurra a vacunarse.
- d) A medida que vaya colocando las tarjetas en su orden, también se fijará en si las mismas tienen bien especificados los datos de: *Sexo, Edad, Municipio y Provincia*. En aquellas en que falte alguno de estos datos, pondrá una marca a fin de obtenerlos posteriormente, cuando el niño concurra a vacunarse, y las colocará en su lugar correspondiente del tarjetero.
- e) Una vez iniciada la vacunación, a medida que los niños vayan siendo vacunados, la persona encargada del tarjetero rectificará los datos señalados en el Inciso (d) y los del grupo de tarjetas ilegibles señalado en el Inciso (c). Las tarjetas de vacunados cada día se irán colocando *en grupo aparte*.

Cada día, al finalizar la vacunación, cada Centro de Vacunación ordenará las tarjetas de vacunados *del día por grupos de edades, expresadas en años cumplidos*:

Menos de 1 año.

1 a 2 años.

3 a 5 años.

6 a 14 años.

El total de tarjetas de cada grupo será anotado en la casilla correspondiente del modelo de *Informe Diario*, que será remitido por el Centro de Vacunación a la Dirección Zonal correspondiente, *por la vía más rápida*.

Las tarjetas serán colocadas en el archivo de "vacunados" por orden alfabético (ver inciso b), de manera que en cada Centro de Vacunación estarán separadas las tarjetas correspondientes a los niños que aún no han concurrido a vacunarse de las de los niños que ya se vacunaron.

Diariamente, a medida que la Dirección Zonal recibe los modelos de Informe Diario, de cada Centro de Vacunación, los va anotando en el modelo de *Resumen Diario*, de manera que cuando haya recibido los Informes de todos sus Centros de Vacunación, la totalización de dicho resumen constituirá la vacunación del día en la Dirección Zonal. Este total será vaciado en el modelo de *Informe Diario* que enviará diariamente la Dirección Zonal al Centro de Higiene y Epidemiología *por la vía más rápida*.

Diariamente, entre las 9 p.m. y las 11 p.m. cada Dirección Zonal se comunicará *telefónicamente* con el Centro de Higiene y Epidemiología, para informar los totales del día. Si a la hora de realizar la llamada aún no hubiera recibido el total de los informes, dará el total parcial recibido hasta ese momento, haciendo constar los Centros de Vacunación que aún no han informado.

Diariamente, a medida que el Centro de Higiene y Epidemiología recibe los informes telefónicos de las Direcciones Zonales los va totalizando, a fin de poder *informar telefónicamente las cifras del día a la Subsecretaría de Higiene y Epidemiología, entre las 12 p.m. y las 2 a.m. a los siguientes teléfonos: 7-1667, 7-5676 y 7-1429*.

A medida que el Centro de Higiene y Epidemiología va recibiendo los informes diarios *escritos* de sus Direcciones Zonales, los va anotando en el Resumen Diario correspondiente. Una vez completados los de un día, la totalización

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EPIDEMIOLOGIA II CAMPAÑA DE VACUNACION MASIVA ANTIPOLIOMIELITICA ORAL	INFORME DIARIO		
	Día	Mes	Año
	De: _____		
	A: _____		
Grupos de Edad (*)	No. de Vacunados		
Menos de 1 año	_____		
1 a 2 años	_____		
3 a 5 años	_____		
6 a 14 años	_____		
Total	_____		
(*) Las edades deben tomarse en años cumplidos.			

Modelo A

de dicho resumen constituirá la vacunación del día en la Regional.

Este total será vaciado en el modelo de *Informe Diario* que enviará por cada día de vacunación la Dirección Regional al Departamento de Estadísticas del Minsap, por la vía más rápida.

El Departamento de Estadísticas del Minsap confeccionará los *resúmenes diarios nacionales*, así como el *consolidado final de cada etapa de la Campaña*.

ACLARACIONES A LOS GRUPOS DE EDADES.

Las edades deben consignarse siempre en años cumplidos. Tanto al llenar tarjetas nuevas como en las abiertas anteriormente, debe comprobarse muy bien este extremo.

Menos de 1 año: Niños que aún no han cumplido un año. Es decir, que si se vacuna el día *antes* de cumplir el primer año de edad, cae en este grupo. (Si se vacuna el mismo día que cumple un año cae en el grupo siguiente).

1 y 2 años: Este grupo comprende los niños desde *el mismo día* en que cumplen 1 año hasta *el día antes* de cumplir 3 años.

3 a 5 años: Este grupo comprende los niños desde *el mismo día* en que cumplen los 3 años hasta *el día antes* de cumplir 6 años.

6 a 14 años: Este grupo comprende los niños desde *el mismo día* en que cumplen 6 años hasta *el día antes* de cumplir 15 años.

Anexo N° 4

Población por Provincias y Grupos de Edades (*)

República de Cuba

Estimado al 30 de Junio de 1963

	Menores de 3 años			De 3-5 años	Total menores de 6 años	De 6 a 14 años	De 0-14 años
	1 año	1-2	Total.				
Cuba	224,160	389,582	613,742	565,498	1.179,240	1.374,520	2.553.760
Pinar del Río..	18,898	32,567	51,465	50,094	101,559	119,494	221.053
La Habana	44,279	73,878	118,157	103,919	222,076	267,159	489,235
Matanzas	14,820	24,751	39,571	36,984	76,555	91,826	168,381
Las Villas	38,553	65,121	103,674	97,423	201,097	252,469	453,566
Camagüey	24,406	42,148	66,554	54,672	126,226	139,100	265,326
Ote. Norte	32,930	59,866	92,796	85,943	178,739	198,372	377,111
Ote. Sur	50,274	91,251	141,525	131,463	272,988	306,100	579,088

(*) En base al estimado de Juceplan al 30-VI-62, aplicándole tasas de crecimiento.

Metas de Vacunación Antipoliomielítica ()*

Para la II Campaña

República de Cuba, 1963

	Menos 3 años	Menos de 6 años	De 6-14 años	De 0-14 años
CUBA	521,680	1.002,354	1.168,342	2.170,696
Pinar del Río....	43,745	86,325	101,570	187,895
La Habana	100,433	188,765	227,085	415,850
Matanzas	33,635	65,072	78,052	143,124
Las Villas	88,123	170,932	214,599	385,531
Camagüey	56,571	107,292	118,235	225,527
Ote. Norte	78,877	151,928	168,616	320,544
Ote. Sur	120,296	232,040	260,185	492,225

(*) 85% de la población en cada grupo.