



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Vol. XXIV, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNÁNDOLOS

Diciembre 2002

Programa Ampliado de Inmunización: 25.o aniversario

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas celebra su 25.o aniversario como una de las intervenciones más exitosas en el campo de la salud pública. Estos éxitos se deben principalmente al compromiso de los países del continente de crear programas nacionales de vacunación y de prestar el apoyo necesario para su funcionamiento eficaz. Se rinde un especial homenaje a todos los trabajadores de salud, que han hecho de la vacunación un componente crítico de los programas de supervivencia del niño. El apoyo sostenido de las autoridades de la Región se refleja en la reducción drástica de los casos de enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación. Además, el mejor conocimiento epidemiológico de las enfermedades está permitiendo a la Región de las Américas extender a otros grupos de edad las estrategias e iniciativas de vacunación.

El PAI en las Américas se estableció en la XXV reunión del Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1977. Con esta iniciativa se pretendía reducir la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades comunes de la niñez prevenibles por vacunación, creando o ampliando los servicios de vacunación permanente en el sistema de atención primaria de salud. Un objetivo principal del PAI era mejorar la capacidad de prestación de servicios de los establecimientos de salud existentes.

El impacto comprobado de los programas de vacunación en el continente y su posible contribución futura para reducir

las consecuencias de las enfermedades prevenibles por vacunación ha otorgado a la vacunación un lugar central en el programa mundial de crecimiento sostenible y reducción de la pobreza. Los programas nacionales de vacunación están ha-



ciendo suyos los retos de alcanzar elevados niveles de cobertura de vacunación en todos los municipios, mejorar la responsabilización de la prestación de servicios de vacunación y establecer una infraestructura para dar cabida a más vacunas, nuevas e infrautilizadas. Sin embargo, las actuales crisis económicas en la Región y el desigual manejo de los procesos regionales de reforma sanitaria y descentralización están exigiendo de los países y la comunidad internacional políticas

y estrategias renovadas, al objeto de mantener y ampliar los logros de los 25 años pasados, a todos los niveles del sistema de salud de un país. Clave en este diálogo será el mantenimiento de una sólida infraestructura de vacunación y vigilancia en los próximos años.

La disponibilidad de vacunas nuevas y más costosas sigue haciendo que la atención se concentre en el valor relativo de medidas alternativas de prevención de enfermedades. De todos modos, las vacunas seguirán siendo uno de los medios más económicos de prevenir la enfermedad y evitar elevados costos de tratamiento, contribuyendo así a una vida productiva para toda la población de un país y brindando con ello una mejor oportunidad para romper el círculo vicioso de enfermedad y pobreza.

En esta edición:

Programa Ampliado de Inmunización:
25.o aniversario 1

Vacunas e Inmunización en las Américas:
Hitos 1977-2002 2
XV reunión del grupo técnico asesor sobre
enfermedades prevenibles por vacunación 3
Estado de las vacunas e inmunizaciones en el mundo ... 8

Vacunas e Inmunización en las Américas: Hitos 1977-2002

1977 • Resolución del Consejo Directivo de la OPS establece el PAI en las Américas. • Resolución establece el Fondo Rotatorio para la Adquisición de Vacunas de la OPS. 1978 • Todos los países nombran un Gerente del Programa Nacional de Inmunización. • OPS inicia cursos de capacitación para gerentes del PAI. 1979 • La Conferencia Sanitaria Panamericana autoriza la capitalización del Fondo Rotatorio. • Se adquieren vacunas por el monto de US\$ 2.5 millones a través del Fondo Rotatorio. • Se publica el primer ejemplar del <i>Boletín Informativo PAI</i>. 1980 • OPS desarrolla una metodología para la evaluación/revisión multidisciplinaria de los programas nacionales de inmunización. 1981 • Publicación científica de la OPS sobre Inmunización y la Salud Primaria: Problemas y Soluciones, da pauta para la cooperación técnica en el PAI. • Primera reunión sub-regional de gerentes del PAI, y primer curso sobre la cadena de frío en Ecuador. • OPS publica un documento sobre la entrega de servicios de inmunización, resumiendo el papel de la combinación de enfoques verticales y horizontales en los programas de inmunización. 1983 • Los países comienzan a usar planes como una herramienta para mejorar el desempeño de los programas de inmunización, conocidos luego como los Planes Nacionales de Acción. • Primera Región en desarrollar y hacer uso de los <i>Días de Tranquilidad</i> para conducir las campañas de inmunización en áreas de conflicto en Centro América – un concepto ahora utilizado mundialmente. 1985 • OPS declara la meta de erradicación de la polio en el Hemisferio Occidental para el año 1990. • Grupo Técnico Asesor del PAI es nombrado por el Director de la OPS. • Establecimiento del Comité Inter-Agencial de Coordinación (CCI) en la OPS, con la participación de USAID, UNICEF, BID, y Rotary Internacional, así como representantes a nivel de país. • Los países producen Planes de Acción quinquenales (1986-1990), con la identificación de necesidades de recursos de fuentes tanto nacionales como internacionales.	1986 • Se acelera el control del tétanos neonatal. • Se obtienen US\$ 110 millones de los miembros del CCI. 1987 • Conforme a la recomendación de la OPS, Cuba lanza la primera campaña de erradicación de la Región. 1991 • Se inicia segundo ciclo de Planes de Acción quinquenales (1991-1995). • Último caso autóctono de polio es reportado en Perú. • Se obtienen US\$ 60 millones de miembros del CCI. 1994 • La Región de las Américas es certificada libre de polio. Se establece la meta de erradicación del sarampión. 1995 • Se establece tercer ciclo de Planes de Acción quinquenales (1996-2000). • Se crea el Programa Especial de Vacunas e Inmunización. 1996 • Se acelera la introducción de nuevas vacunas (MMR, HepB, Hib) • Se obtienen US\$ 32 millones de los miembros del CCI 1999 • OPS establece la División de Vacunas e Inmunización • Se adquieren US\$ 85 millones en vacunas a través del Fondo Rotatorio. • Nuevos socios: los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, el Banco Mundial y March of Dimes. 2001 • Se adquieren sobre US \$ 100 millones en vacunas a través del Fondo Rotatorio. • Se inicia el cuarto ciclo de Planes de Acción quinquenales (2001-2005) • Conforme a resoluciones de la OPS, los países inician el control acelerado de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita. 2002 • Se obtienen US\$ 7.6 millones. • La capitalización del Fondo Rotatorio alcanza US\$ 23 millones. • Resolución de la OPS pone énfasis en la rendición de cuentas y sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización. • Conferencia sobre Vacunas, Prevención y Salud Pública: una Visión para el Futuro.
---	---

XV reunión del grupo técnico asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación

El XV Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación (GTA) se llevó a cabo en Washington, D.C., noviembre 22-23, 2002. El GTA se reúne cada dos años y funciona como el principal foro para la elaboración de políticas de inmunización, así como de iniciativas de control de enfermedades prevenibles por vacunación para los países miembros de la OPS. Sigue un resumen de las conclusiones y recomendaciones presentadas en el Informe Final.*

El Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, de la Organización Panamericana de la Salud, sigue impresionado por los programas tan eficientes e imaginativos que se están ejecutando para hacer frente a dichas enfermedades en las Américas. Los programas son esfuerzos pioneros que otros países y regiones actualmente tratan de emular. Asimismo, el ritmo de adelanto observado a lo largo de los 25 últimos años en el control de estas enfermedades y la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad de la niñez no tiene precedentes. Los éxitos notables logrados reflejan una alianza extraordinaria de esfuerzos por parte de los gobiernos y el personal sanitario de los países y de los donantes públicos y privados, así como el liderazgo excepcional aportado por la Organización Panamericana de la Salud.

Es importante que estos esfuerzos sean constantes y, con este fin, el GTA reafirma la importancia de la meta de la cobertura de vacunación de 95% con todos los antígenos en cada municipio, así como la necesidad de que los países tengan sistemas adecuados de vigilancia que generen información

fidedigna y oportuna. Recomienda también que todos los países apliquen y comprueben el cumplimiento de las leyes de vacunación de los niños que asisten a la escuela, según las cuales es obligatorio que las escuelas comprueben que los niños que entran al nivel preescolar cuentan con registros de vacunación completos, de conformidad con las recomendaciones de los esquemas nacionales de vacunación.

Sarampión

Avances notables se han logrado en las Américas hacia la meta de interrupción de la transmisión autóctona de sarampión, gracias a las altas coberturas de vacunación mantenidas en los países, a la vigilancia activa y las actividades de búsqueda activa de casos en centros de salud, escuelas y comunidades de alto riesgo. El apoyo sostenido de los niveles políticos y financieros, y la calidad de las estrategias utilizadas han hecho de la interrupción de la transmisión de sarampión autóctono en las Américas una meta realizable.

El TAG aplaude los esfuerzos conjuntos de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, en colabora-

Sarampión: Lecciones aprendidas

Dado que el sarampión es aún endémico en otras regiones del mundo, las Américas siguen bajo la amenaza constante de importación del virus. Las importaciones de sarampión han sido causantes de los brotes en Argentina, Bolivia, y la República Dominicana en 1998-1999, en Haití en 2000-2001 y en Venezuela en 2001-2002. Las importaciones de sarampión son inevitables, por consiguiente, la estrategia principal para prevenir la reiniciación de la transmisión de sarampión autóctono es mantener la inmunidad más alta posible en la población mediante coberturas elevadas de vacunación en todos los municipios.

Las lecciones aprendidas de brotes recientes que ocurrieron después de importaciones han puesto en evidencia que zonas periurbanas densamente pobladas y desatendidas con alta migración rural-urbana están a alto riesgo de brotes de sarampión, principalmente debido a la acumulación de un gran número de personas susceptibles, en especial niños no vacunados. Algunas áreas han mantenido un falso sentido de seguridad porque la cobertura obtenida mediante el método administrativo ha sido sustancialmente mayor que la cobertura que se obtuvo mediante el monitoreo casa por casa.

Otra lección crítica que surge de brotes recientes es la necesidad de desarrollar métodos de supervisión sólidos y eficaces y herramientas para mejorar la evaluación de la vacunación y los esfuerzos de vigilancia que responsabilicen a los gerentes locales. La experiencia de las Américas muestra

que los programas con supervisión sistemática y minuciosa, incluida la búsqueda activa de casos, el monitoreo rápido de coberturas casa por casa y el seguimiento sistemático logran interrumpir con éxito la transmisión del sarampión.

Las investigaciones de epidemias realizadas en la Región siguen indicando que el grupo a más alto riesgo para el sarampión son los niños pequeños no vacunados. Otro grupo a alto riesgo de adquirir y/o transmitir la enfermedad es el de los trabajadores de salud, especialmente los que trabajan en las salas de urgencia o que tratan a pacientes pequeños agudamente enfermos.

Otro resultado importante ha sido la persistente notificación tardía de casos en algunas áreas, así como la participación insuficiente de los proveedores de salud del sector privado en los esfuerzos de vigilancia. Esto ha afectado la capacidad del país de detectar brotes de sarampión e implementar medidas de control de manera oportuna.

Generan gran preocupación los municipios grandes de la Región, que debido a su alta densidad de población y al gran número de migrantes de zonas rurales, están a mayor riesgo de mantener la transmisión del sarampión, si la enfermedad fuese introducida. Dentro de estos municipios hay probablemente subpoblaciones de alto riesgo (caracterizadas por acceso limitado a servicios de salud, pobreza, alta densidad poblacional y número grande de migrantes).

ción con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Estados Unidos al lanzar el Plan Estratégico 2001-2005 para la reducción de la mortalidad mundial por sarampión y su eliminación regional.

Recomendaciones

Reconociendo los adelantos importantes hechos en las Américas hacia la interrupción de la transmisión del sarampión autóctono, y basados en las lecciones aprendidas de brotes recientes, el GTA reafirma sus recomendaciones expedidas durante la reunión del 2000.

- Los gerentes del programa de vacunación deben identificar las áreas a alto riesgo de epidemias, como las áreas pobres, subatendidas, densamente pobladas en zonas marginales de ciudades grandes con importante migración rural-urbana. Debe evaluarse la cobertura de vacunación administrativa en estas áreas usando las herramientas de supervisión estandarizadas de la OPS. Para mejorar los niveles de cobertura general de vacunación los países deben identificar los municipios que caen debajo del promedio nacional de cobertura e implementar estrategias para mejorar sus coberturas. Estos esfuerzos deben incluir reducir las oportunidades perdidas, vacunación de barrido y otros esfuerzos de vacunación en la comunidad. El progreso debe evaluarse mediante la supervisión y validación regular de los niveles de cobertura mediante el monitoreo rápido de coberturas casa por casa. Proyectos piloto demostrativos deben emprenderse para desarrollar métodos válidos y operativamente factibles para identificar a las poblaciones de alto riesgo y para desarrollar medios eficaces de mejorar la cobertura en estas poblaciones. El impacto de estas intervenciones en los niveles de cobertura deben evaluarse en el centro de salud y en la comunidad antes y después de la intervención. Los resultados de estos proyectos piloto deben presentarse en el próximo GTA.
- Los países realizar esfuerzos especiales para vacunar a los trabajadores de salud que trabajan en salas de urgencia o que atienden a pacientes agudamente enfermos, y otros grupos poblacionales en riesgo, en base a la epidemiología de cada país.
- Esfuerzos especiales deben realizarse para comprender mejor la epidemiología de las importaciones de sarampión y los factores que contribuyen al sostenimiento de grandes epidemias, incluyendo los focos principales de transmisión.

Rubéola

Chile, Costa Rica, Brasil y Honduras han realizado campañas masivas de vacunación en adultos para acelerar el control de la rubéola y la prevención del SRC: Brasil y Chile priorizaron a las mujeres, mientras que en Costa Rica y Honduras se vacunaron indiscriminadamente mujeres y hombres. Se está identificando información clave para el

desarrollo de estrategias de vacunación exitosa y sustentable en adultos que permitan el logro de coberturas de por lo menos 90%. El SRC es ahora reconocido como un problema serio de salud pública, pero es preocupante la limitada información de la vigilancia epidemiológica que nos da solamente una visión parcial de la carga real de la enfermedad y del éxito de las iniciativas. Adicionalmente, pocos casos clínicos de rubéola están siendo confirmados por medio de pruebas de laboratorio y muy pocas muestras virológicas están siendo suministradas para la tipificación molecular. Además, se necesita fortalecer los esfuerzos para el seguimiento de mujeres embarazadas que han contraído rubéola.

Recomendaciones

Estrategias de vacunación

- Se exhorta a todos los países para prevenir la circulación del virus de rubéola, la cual llevará a una reducción del SRC. La mejor manera para alcanzar esto es reducir el número de personas susceptibles, que a su vez disminuirá la transmisión de la rubéola. Según lo anterior, los países deberán realizar una única campaña masiva vacunando tanto hombres como mujeres. El grupo de edad a vacunar deberá ser determinado en base en la epidemiología de la rubéola en el país. No obstante, los grupos blanco deben incluir a los niños y niñas que no hayan sido vacunados en el programa de rutina, es decir, aquellos > de 5 años y adultos de ambos sexos. El límite superior de la edad deberá ser determinado según los patrones documentados de fertilidad y susceptibilidad esperada. Los países que estén realizando campañas exitosas han usado como edad límite superior un rango de 29 a 39 años.
- Se requieren esfuerzos adicionales para reducir el número de mujeres en edad fértil. Las estrategias de inmunización para proteger a las mujeres en edad fértil deben enfocarse hacia las mujeres en el post-parto y a las atendidas en la consulta de planificación familiar, tanto como aquellas en los colegios y lugares de trabajo.

Vigilancia

- La vigilancia de la rubéola deberá estar completamente integrada con la vigilancia del sarampión.
- La vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) debe reforzarse a nivel de todos los países de la Región en colaboración conjunta con el Sistema Regional de Información Perinatal (SIP 2000) del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC). Los países deben investigar y hacer seguimiento de todas las mujeres infectadas por rubéola durante el embarazo y evaluaciones periódicas detalladas de sus recién nacidos.

Red de Laboratorios de Sarampión y Rubéola

La gran mayoría de los casos sospechosos de sarampión y rubéola en la Región han tenido muestras adecuadas. En general, los indicadores de laboratorio regionales muestran que la red de diagnóstico está funcionando con un óptimo desempeño. Además, los resultados de la prueba de proficiencia de los laboratorios indican un alto nivel de competencia de los mismos. Sin embargo, hay varios asuntos que causan preocupación. Primero, pocos países han logrado que al menos el 80% de las muestras lleguen a los laboratorios oportunamente. Segundo, el número de muestras recogidas y procesadas en los laboratorios para aislamiento viral ha sido ínfimo. La cantidad de muestras para aislamiento del virus de la rubéola ha sido aún menor. Ello puede deberse en parte a la falta de mayor coordinación y comunicación entre los clínicos, epidemiólogos y laboratoristas. No obstante, el aislamiento viral es crítico para asegurar la determinación de los genotipos y la evaluación de la estrategia para abordar la fase posterior a la eliminación.

Finalmente, es importante mantener en mente que los países deberían esperar la aparición de casos positivos en el laboratorio. En ese sentido, se dispone de los procedimientos de laboratorio para establecer los resultados que son falsos positivos. Adicionalmente, sigue existiendo confusión en el manejo adecuado de casos recientemente vacunados que resultan, según lo esperado, IgM positivos. La OPS ha publicado lineamientos sobre el manejo adecuado de tales casos.

Recomendaciones

- Los gerentes de los programas nacionales deberán asegurar que los lineamientos recomendados por la OPS para evaluar los casos con exantema asociado a vacunación tengan un seguimiento para establecer la clasificación final de tales casos. Los gerentes no deberán asumir que la enfermedad exantemática en un caso con reciente vacunación es siempre debido a la vacunación. Todos los casos que resulten ser positivos por laboratorio deberán ser cuidadosamente investigados para asegurar que no son rubéola o sarampión, tal como determinar si estos casos son fuentes potenciales de casos con fiebre y exantema, y si ha habido subsecuentemente transmisión.
- Los laboratorios nacionales deberán tener un reconocimiento por su participación en las pruebas con paneles para control de calidad y por los resultados obtenidos. Todos los laboratorios deberán continuar participando en el programa de control de calidad. Los gerentes de programas deben asegurar que todos los sueros de los casos sospechosos de sarampión que resulten negativos para anticuerpos IgM de sarampión deberán ser procesados para anticuerpos IgM de rubéola y viceversa. Especial énfasis deberá ponerse en la logística necesaria para asegurar la toma de muestras para el aislamiento viral, así como de la logística necesaria para asegurar la toma adecuada de muestras y de su envío apropiado.

Polio

La cobertura de vacunación nacional con vacuna polio oral se ha mantenido arriba del 85%. Sin embargo, las coberturas locales de vacunación muestran que solamente 46% de los municipios informan coberturas igual o mayores que 95% en el 2000, y 44% en el 2001. Los países con municipios de bajas coberturas están acumulando bolsones de susceptibles. Muchos países no están logrando cumplir con los indicadores claves de la vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA). Es igualmente preocupante el hecho que casi el 20% de todos los casos de PFA carecen de una muestra adecuada y deberían en consecuencia ser clasificados como casos compatibles, mientras que solamente 15-20 casos compatibles son notificados cada año.

Recomendaciones

- El TAG señala que un alarmante número de casos PFA están siendo descartados sin tener una muestra de heces o una evaluación adecuada. Todos los países en la Región deben continuar usando el sistema de clasificación recomendado para PFA y deben establecer una Comisión Nacional de Expertos, que deberá estudiar exhaustivamente y rigurosamente los casos sin muestra adecuada en un esfuerzo de poder determinar la etiología de la parálisis.
- Todos los países deben mantener los estándares de vigilancia para la certificación. Esfuerzos especiales deben ser realizados para mejorar la vigilancia, especialmente en aquellos países cuya tasa de PFA no-polio ha caído por debajo de 1/100,000 menores de 15 años.

Tétanos Neonatal

Los esfuerzos en los últimos años se han guiado por condiciones epidemiológicas y sociales asociadas con los casos restantes, tales como la migración, la marginalidad y la incidencia en zonas remotas, poniendo énfasis en las áreas geográficas de alto riesgo. Los programas han utilizado todas las oportunidades de vacunar a cada mujer embarazada o en edad fértil que se presente en un centro de salud. La epidemiología del tétanos neonatal ha cambiado. Ahora, los esfuerzos deben enfocarse al uso de factores de riesgo para los casos, como guía para las intervenciones.

Recomendaciones

- Se deben llevar a cabo esfuerzos especiales de vacunación y de vigilancia en cada municipalidad y en bolsones de población sub-atendida que continúan notificando casos de TNN. La vacunación con Td debe ser integrada en los servicios de salud materna, con énfasis en hacer disponible la vacuna a parteras.
- Las oportunidades perdidas de vacunación puede ser reducidas considerablemente mediante la administración de la vacuna Td a todas las madres que visitan un centro de salud por cualquier razón.

Difteria

La incidencia de difteria ha mostrado una reducción significativa en las Américas como resultado del incremento de coberturas de vacunación. Los brotes recientes en la Región de Colombia en el 2000, y Paraguay en el 2002, muestran que la mayoría de los casos están ocurriendo entre población pobre sin acceso a los servicios de vacunación y/o que tienen un esquema de vacunación incompleto. Las personas de alto riesgo son niños en edad escolar y personas viviendo en zonas periurbanas y áreas marginales.

Recomendaciones

- Los trabajadores de la salud deben ser actualizados en la vigilancia de la difteria, en la investigación adecuada de casos, tratamiento y medidas de control.
- En situaciones de brotes, las actividades de vacunación deberían incluir la administración de dos dosis de Td con un intervalo de 1 mes a todos los grupos de edad afectados, incluyendo si es apropiado, a escolares y adultos en un área geográfica amplia.

Fiebre amarilla

Recomendaciones

- Los países debe continuar fortaleciendo la vigilancia de casos clínicos compatibles con fiebre amarilla, a fin de asegurar la puesta en marcha rápida de medidas de control. La vigilancia del síndrome febril icterico en sitios sentinelas y la vigilancia de epizootias debe llevarse a cabo en forma sistemática para fortalecer la capacidad de los países en detectar precozmente la circulación viral.
- Países enzóticos deben considerar la puesta en marcha de las siguientes recomendaciones en las municipalidades en zonas enzóticas, o en áreas con un nivel de infestación en la viviendas por *A. aegypti* que sobrepase el 5%:
 - Inmunizar a toda la población.
 - Incorporar la vacuna de fiebre amarilla en el esquema de rutina para los niños
- Se deben hacer las gestiones pertinentes para que las Américas tenga reservas de vacuna contra la fiebre amarilla suficientes para uso en situaciones de emergencia de control de brotes.

Viruela

El 11 de Septiembre del 2001, grupos terroristas atacaron en los Estados Unidos, lo cual generó una alerta sobre el potencial uso deliberado de virus de viruela como un arma biológica contra la población civil. Los bajos niveles de inmunidad existentes en la población debido al cese de la vacunación contra la viruela hace más de 20 años, junto con el alto movimiento, se ha convertido en una fuente de preocupación y obliga a tener una respuesta adecuada y oportuna.

La OPS ha realizado dos reuniones de consulta técnica en el 2001, para examinar los retos actuales y futuros basados en estos eventos, así como el potencial de la producción regional de una vacuna de calidad contra la viruela, para enfrentar estas situaciones de emergencia. Los países fueron estimulados a revisar sus capacidades para la vigilancia y diagnóstico laboratorial con el fin de realizar una rápida detección e investigación de casos de viruela y para fortalecer la respuesta de emergencia en los hospitales.

Recomendaciones

- Los países deben considerar cualquier brote de viruela como un reto para toda la Región y para todo el mundo; deben reportar rápidamente cualquier caso sospechoso que pueda ocurrir y estar preparados para proveer asistencia de emergencia necesaria, incluyendo vacunas para controlar el brote tan pronto como sea posible

Vacunación segura

Recomendaciones

- Para establecer la vacunación segura como una prioridad y un componente fundamental del PAI, se deben colocar los recursos suficientes para garantizar un suministro adecuado de vacunas, jeringas, cajas de seguridad y equipo apropiado para el desecho final de materiales utilizados en la vacunación.
- Las actividades de capacitación deben ser fortalecidas para todos los trabajadores de la salud incluyendo el desarrollo y divulgación de materiales de capacitación en todos los niveles del sistema de salud para asegurar el conocimiento estandarizado de lineamientos en la prevención, detección y evaluación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación. Actividades de capacitación deben ser también desarrolladas en el tema de prácticas de vacunación segura, en especial para modificar su conducta relacionadas con el re-tape de agujas usadas.

Vigilancia para la introducción de nuevas vacunas

Recomendaciones

- Es necesario obtener información epidemiológica adecuada para apoyar las políticas de introducción de nuevas vacunas. Los países deben establecer estrategias de vigilancia que provean datos críticos para la toma de decisiones relacionadas con la introducción de nuevas vacunas, tales como neumococo, meningococo y rotavirus. Los Comités Nacionales de Prácticas en Inmunización deben estar totalmente involucrados en este proceso. Se le debe prestar atención especial a la sostenibilidad del financiamiento, al momento de la toma de decisión de incluir una nueva vacuna.

La gerencia y la sostenibilidad de la inmunización

Impacto de la reforma del sector salud en programas nacionales de inmunización

Los cambios en la conducción y provisión de programas de salud nacionales provenientes de la reforma sanitaria y la descentralización han sido enfocados como una oportunidad para garantizar que los programas de vacunación se ejecuten en forma equitativa en todas las zonas de un país, así como para ampliar el apoyo a la inmunización en todos los niveles de la sociedad. En la práctica, estos cambios sistémicos han sido un reto en la ejecución de programas nacionales de inmunización de manera uniforme. Los sectores específicos donde se han identificado puntos débiles incluyen la gerencia local de la entrega de servicios de vacunación y de vigilancia, así como todos los aspectos relacionados con el financiamiento y la gestión de recursos humanos. Más aún, no existen capacidades locales para asegurar un flujo continuo de información estandarizada y de calidad sobre las enfermedades prevenibles por vacunación en todo el sistema de salud, incluso a nivel regional.

Recomendaciones

- Se debe seguir el ejemplo de algunos países en las Américas que han desarrollado legislación la cual establece una partida presupuestaria en el presupuesto nacional que compromete recursos para gastos recurrentes asociados con la compra de vacunas y jeringas. Esta legislación debe incluir también recursos para otros aspectos de un programa de inmunización, como personal, supervisión y gastos operacionales.
- Se deben utilizar indicadores de inmunización para el monitoreo de los procesos de reforma del sector, así como del desempeño de servicios descentralizados.

Sostenibilidad financiera de programas de inmunización

Las fluctuaciones en la asignación de recursos ocasionados por crisis económicas están poniendo en peligro la ejecución de los programas nacionales de inmunización, lo que abre el camino a la posibilidad de que, en caso de un brote epidémico, los costos sean más altos. Además los niveles actuales de financiamiento tal vez resulten insuficientes, dado que los países están intentando alcanzar una cobertura elevada en todos los municipios y, al mismo tiempo, introducir nuevas vacunas de importancia para la salud pública. Al fin de salvaguardar los logros en materia de salud pública y el impacto positivo comprobado de los programas nacionales de inmunización, así como permitir su crecimiento constante, los países y la comunidad internacional, incluyendo a los ministerios de finanzas, deberán entablar un diálogo encaminado a identificar y evaluar las opciones para estabilizar el financiamiento de los programas nacionales de inmunización. Este financiamiento debe incluir recursos para identificar bolsones de cobertura bajas y para introducir vacunas nuevas de importancia para la salud pública. Las implicaciones financieras de una ejecución adecuada de programas de inmunización deben ser presentadas a los Ministros de Finanzas.

Recomendaciones

- Las autoridades de salud deben movilizar el apoyo político para encontrar mecanismos sostenibles y efectivos que protejan los niveles de inmunización durante crisis económicas y cambios estructurales en el sector salud.
- Se deben hacer esfuerzos para clarificar el papel rector de los Ministerios de Salud en inmunización, y fortalecer las responsabili-

dades técnicas y financieras a nivel de estado y local para los sistemas descentralizados.

Evaluación de la calidad de datos en el programa de inmunización

El uso de datos de dosis administradas ha sido y continúa siendo, el método de elección para la evaluación y monitoría de los niveles de coberturas de vacunación en la Región. Sin embargo, el análisis de datos de coberturas nacionales por distintos metodologías demuestra una falta de concordancia en muchos países. Esto puede ser debido a errores en la recolección y registro de datos en los centros de salud. La evaluación de la calidad de los datos en los distintos niveles es un componente importante de la gerencia de la información. La evaluación regular de la calidad de los datos debe ser un componente integral durante las visitas de supervisión.

En colaboración con las autoridades nacionales de los Ministerios de Salud, la OPS está desarrollando una herramienta de supervisión, basada en el trabajo realizado en México y Bolivia, para evaluar la calidad de los datos de cobertura. Esta herramienta compara los datos de dosis administradas de distintas fuentes para determinar su confiabilidad.

Recomendaciones

- La evaluación de la calidad de datos del PAI debe ser realizada como una actividad regular de los programas nacionales de inmunización y debe ser parte integral de las actividades de supervisión. Los países deben fortalecer el análisis de datos incluyendo la identificación de los municipios de alto riesgo y las causas de bajas coberturas, previo al desarrollo de micro-planes para corregir los problemas identificados.
- Las herramientas desarrolladas por la OPS en colaboración con los países deben ser divulgadas en la Región para su uso, previa adaptación local.

Supervisión como una herramienta gerencial

La supervisión no está siendo utilizada sistemáticamente por todos los países de la Región como una herramienta efectiva de gerencia. Esta falta de supervisión regular ha contribuido a fallas en la identificación de las áreas de riesgo por bajas coberturas, resultando en un apoyo inadecuado y/o insuficiente de recursos en estas áreas prioritarias. Para mejorar los servicios de inmunización de rutina, la OPS ha propuesto fortalecer la supervisión regular de los establecimientos de salud, tanto como una herramienta de educación continua, como para afianzar la responsabilidad en el nivel local.

Recomendaciones

- Todos los países deben utilizar protocolos estandarizados de supervisión que comprendan los siguientes aspectos: 1. Prácticas de vacunación y vacunación segura 2. Datos administrativos en vacunación incluyendo evaluación de la calidad de los datos 3. Notificación semanal de enfermedades prevenibles por vacunación 4. Programación e implementación de actividades de vacunación extramural.
- El establecimiento de un plan rutinario de supervisión debe contar con suficientes fuentes de financiamiento y debería estar incluido dentro de los Planes de Acción Nacionales y locales del PAI

Vacunas de Calidad

Recomendaciones

- Los gobiernos deben asegurar mediante sus Autoridades Regulatorias de Control y los laboratorios nacionales de control, que solamente vacunas de calidad, importadas o de producción local y aprobadas por autoridades com-

petentes, se utilicen en los programas nacionales de inmunización, y en el sector privado. Las Autoridades Regulatorias Nacionales deben usar los resultados de verificaciones de los productores, pre-calificados para proveer vacunas a las agencias de las Naciones Unidas, para facilitar el proceso de registro de estas vacunas en los países.

Estado de las vacunas e inmunizaciones en el mundo

La vacunación, junto con las mejoras de la higiene y el saneamiento, ha revolucionado la salud infantil en todos los países del mundo, evitando millones de defunciones cada año y reduciendo el riesgo de discapacidad debida a enfermedades infecciosas. Actualmente, la vacunación es una de las maneras más rentables de mejorar la salud y dar acceso a otras intervenciones de salud vitales, como los suplementos nutritivos o la prevención de la malaria. En la Cumbre del Milenio, celebrada en Nueva York en septiembre de 2000, se establecieron ocho “objetivos de desarrollo del milenio” ratificados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. El cuarto objetivo consiste en reducir la mortalidad de los menores de 5 años en dos terceras partes entre 1990 y 2015. Uno de los indicadores específicos para medir el progreso hacia dicha meta es la proporción de niños de 1 año que están vacunados contra el sarampión.

Sin embargo, la promesa de la vacunación no se ha hecho realidad para todos los niños. En algunos de los países menos desarrollados, los niños tienen menos acceso a los servicios de vacunación que los de países más ricos. Es habitual que los niños más pobres tengan acceso a menos variedad de vacunas y estén más expuestos a los riesgos que conllevan las prácticas de vacunación peligrosas. Este desfase en el acceso a las vacunas y a la inmunización sigue minando el principio de equidad, en el que deben basarse los programas nacionales de vacunación. Los servicios de vacunación de los países en desarrollo pueden adolecer de insuficiente compromiso político y pocas inversiones, al tiempo que los programas de vacunación se ven obstaculizados por sistemas deficientes de prestación de servicios de salud.

Las ventajas sanitarias de la vacunación dependen de que se alcancen niveles altos de cobertura de los niños, generación tras generación; un logro que en último término puede hacer que se interrumpa la transmisión de algunas enfermedades. Sin embargo, una súbita falta de financiamien-

to y la escasez de personal, vacunas o combustible para la cadena del frío pueden conducir a un deterioro de la vacunación y a brotes de enfermedades que pueden constituir un riesgo para millones de vidas.

Estos problemas se agravan más por los bajos niveles de inversión en investigación y desarrollo de vacunas nuevas que se necesitan urgentemente en los países en desarrollo. El bajo consumo de vacunas en estos países ha repercutido en la investigación en materia de vacunas. La falta de mercado en estos países no proporciona incentivos suficientes a las empresas para invertir en la elaboración de vacunas contra enfermedades que afectan predominantemente a los pobres. Es el caso de enfermedades como la disentería por *Shigella*, el dengue, la encefalitis japonesa, la leishmaniosis, la esquistosomosis y el cólera.

Soluciones y estrategias propuestas por el informe

- Esforzarse para un mejor entendimiento y búsqueda de soluciones a obstáculos que enfrentan los productores de vacunas existentes para producir vacunas a precios más asequibles.
- Aumentar la calidad de la fabricación propia de los países en desarrollo, y mejorar los controles regulatorios nacionales.
- Mejorar las aptitudes y la infraestructura en los países para proyectar y planificar mejor las necesidades a largo plazo de vacunas, optimizar la repercusión de las vacunas y reducir su desperdicio.
- Velar por que existan mecanismos de financiamiento creativos y sostenibles para mejorar la seguridad de las vacunas y el suministro sostenible ininterrumpido de vacunas asequibles a los países en desarrollo.
- Fomentar el acceso más equitativo a las vacunas prioritarias, nuevas y tradicionales, para los niños y adolescentes que más las necesitan.

Extractos de *State of the World's Vaccines and Immunization* (Estado de las vacunas e inmunizaciones en el mundo), elaborado por la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF y el Banco Mundial y publicado conjuntamente el 20 de noviembre. Si desea un ejemplar del informe completo, consulte www.unicef.org o www.who.int.

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por la División de Vacunas e Inmunización (HVP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

Editor: Gina Tambini
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

División de Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 E.U.A.
<http://www.paho.org> (Buscar: EPI Newsletter)