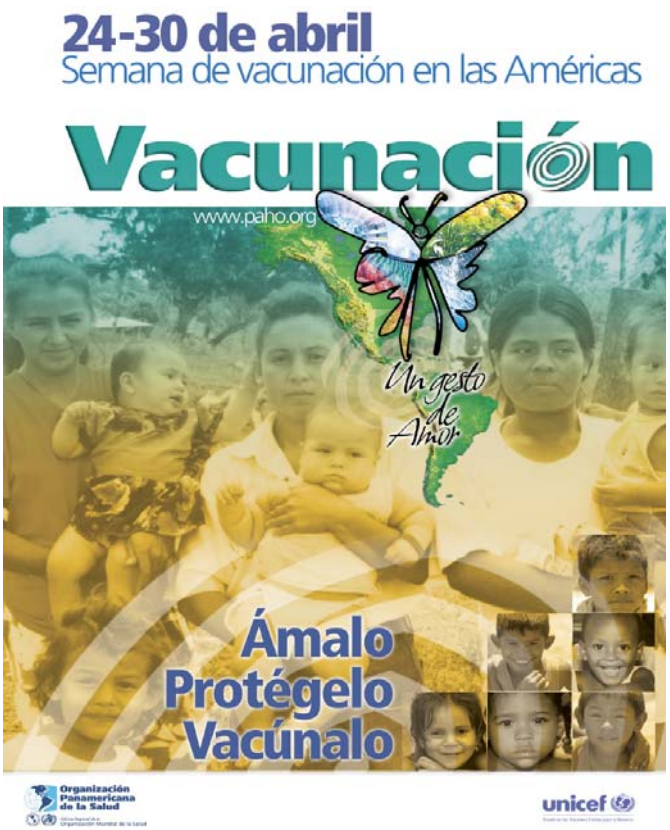
Boletín Informativo PAI
Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXVI, Número 1 **PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS** *Febrero 2004*

Taller preparatorio para la Semana de Vacunación en las Américas de 2004

La primera Semana de Vacunación en las Américas (SVA) se realizó en junio de 2003 (véase el *Boletín del PAI* de abril y agosto de 2003). En septiembre de 2003, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó la resolución CD44.R1, por la cual apoya la ejecución de una semana anual continental de vacunación. Con ese fin, la Unidad de Inmunización de la OPS realizó un taller en Quito, Ecuador, del 24 al 30 de enero de 2004, en el cual todos los países prepararon un plan regional para la semana de vacunación.



Lineamientos para la SVA de 2004

La segunda semana de vacunación regional se efectuará del 24 al 30 de abril de 2004 con la participación de todos los países de la Región. Además del apoyo fundamental del Consejo Directivo de la OPS, integrado por los Ministros de Salud de todos los Estados Miembros, la SVA contará también con el apoyo de MERCOSUR (Mercado Común del Sur), del Organismo Andino de Salud (ORAS) y de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).

Los principios fundamentales que apoyan la SVA son la equidad, la accesibilidad y el panamericanismo. El panamericanismo es "*el principio en el que se fundó la OPS, y actualmente se expresa en el compromiso de los Estados Miembros de colaborar para mejorar el estado de salud en áreas de interés común y para apoyar a los países más necesitados, directa e indirectamente. El reconocimiento de que muchos problemas de salud requieren un esfuerzo colectivo, y de que la salud del vecino así como la salud pública son una responsabilidad compartida, es incluso más pertinente en el mundo actual de libre comercio y libre desplazamiento de las personas*". (Conferencia Sanitaria Panamericana, documento CSP26.10: Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. Septiembre de 2002). La SVA procura fomentar un mayor acceso a la inmunización, así como la cooperación entre países. Sus objetivos principales son proteger a grupos en riesgo de sufrir epidemias y mantener el PAI como una alta prioridad en los programas políticos de los países de la Región.

La necesidad de tener una planificación más oportuna, mejor evaluación y datos de costos figura entre las lecciones extraídas de la primera SVA. Además, para lograr que se completen los esquemas de vacunación, se deben planificar dos rondas adicionales a nivel local. El diseño y la ejecución de actividades de comunicación social a nivel local serán esenciales para el éxito de la SVA.

En esta edición:

Taller preparatorio para la Semana de Vacunación en las Américas de 2004 1
Progreso en la organización de la SVA en la frontera México-Estadounidense 2
Evaluación de la SVA 3
Éxito de la campaña de vacunación en Haití en 2003 3
Perspectivas sobre las iniciativas de eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas 5
Precios de las vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS en 2004 7

Progreso en la organización de la SVA en la frontera México-Estadounidense

La función de la Comisión de Salud de la Frontera México-Estadounidense es promover la salud y la participación comunitaria, y hacer frente a los principales problemas sanitarios de la zona fronteriza. Las características particulares de la zona, como barreras culturales y lingüísticas, desempleo elevado y denegación de servicios para los migrantes, son exactamente las que la iniciativa de la SVA está procurando resolver en su labor para reducir las inequidades de vacunación. Por ese motivo, la Comisión ha decidido participar en dicha iniciativa.

La propuesta que presentaron la Comisión de Salud de la Frontera México-Estadounidense y la Oficina de Campo de la OPS en El Paso, Texas, planea el lanzamiento de un programa de vacunación de tres semanas distintas. La primera semana coincidirá con la SVA y la meta será completar los esquemas de vacunación de los niños de 0 a 4 años de edad. Las estrategias se definirán conforme a la situación particular de cada país y los recursos que haya para la ejecución.

Se establecieron varios comités con la participación de instituciones locales y líderes comunitarios. Estos se reúnen regularmente para vigilar la planificación, ejecución y evaluación de dichas actividades de vacunación.

La participación de las siguientes ciudades hermanas se ha confirmado:

- San Diego (California) con Tijuana (Baja California)
- El Paso (Texas) y Condado Doña Ana (Nuevo México) con Ciudad Juárez (Chihuahua)
- Presidio (Texas) con Ojinaga (Chihuahua)

La participación de Laredo (Texas) y Nuevo Laredo (Tamaulipas) se va a confirmar. Todos los municipios de la frontera mexicana participarán conforme a las directrices de su programa nacional de inmunización.

Metas de la SVA 2004

Las metas de la SVA de este año serán:

- Vacunar a niños menores de 5 años de edad y a las mujeres en edad fértil (MEF) que anteriormente no han tenido contacto con el programa (0 dosis).
- Vacunar a los niños del grupo de edad menor de 5 años y a las MEF que tienen un esquema de vacunación incompleto.
- Elaborar microplanes para completar el esquema de vacunación después de la SVA.
- Mantener la eliminación del sarampión en la Región.
- Apoyar la ejecución de los planes de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénital (SRC).
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Escenarios para la SVA

Se anima a los países que tienen actividades programadas para 2004, por ejemplo, campañas de seguimiento contra el sarampión, vacunación complementaria contra la poliomielitis, control acelerado de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita o vacunación de adultos mayores, a que inicien dichas actividades o las concluyan durante la semana del 24 al 30 de abril.

Se recomienda a otros países de la Región intensificar la vacunación de los niños menores de 5 años de edad y de las MEF. En condiciones ideales, la labor de intensificación debe realizarse en todo el país; sin embargo, si esto no es posible, cada país tendrá que priorizar los siguientes grupos de población o zonas:

- Municipios con baja cobertura;
- Zonas urbano-marginales, en particular las que tienen barrios pobres periurbanos;
- Zonas fronterizas con alto nivel de tránsito poblacional u otros factores de riesgo;
- Grupos indígenas;
- Minorías étnicas ;
- Zonas de difícil acceso;
- Zonas turísticas;
- Grupos de alto riesgo (trabajadores de salud, educación, transporte y comercio sexual).

Según las diferentes situaciones, los países han establecido las siguientes metas de población: menores de 5 años de edad, adultos, mayores de 60 años de edad, mujeres en edad fértil (MEF) y otros grupos de riesgo (tabla 1).

Tabla 1. Plan regional de acción

Región	Población meta*				
	<5 años	Adultos	>60 años	MEF	Otros grupos de riesgo
América central, Caribe latino y México	14.581.942	3.100.000		450.000	
Cono Sur y Brasil	707.505	1.328.674	10.134.668	134.000	428.000
Región andina	452.266	6.183.477		883.333	1.280.047
Caribe de habla inglesa	56,500				
Total regional	**15.578.213**	**10.612.151**	**10.134.668**	**1.467.333**	**1.708.047**

** Los datos están siendo actualizados por los países.*

Elementos clave de organización

Hacer que la SVA sea parte de los planes anuales de operaciones de los países: Cada país debe diseñar un plan que se adapte a sus circunstancias particulares. Se debe establecer un comité directivo nacional, junto con comités para la ejecución y las operaciones en municipios o zonas locales. Se debe elaborar un plan de comunicación con los medios de difusión, y vincularlo a las autoridades locales. El Comité Interagencial debe reunirse para examinar el progreso de la coordinación transfronteriza y la financiación.

Priorizar grupos de población y zonas de riesgo: Se deben tener en cuenta indicadores socioeconómicos, epidemiológicos y del PAI. Entre las variables que deben usarse como indicadores figuran las siguientes: datos de cobertura, número de personas susceptibles, zonas con silencio epidemiológico, municipios en fase de ataque y de mantenimiento para el tétanos neonatal, zonas de pobreza extrema y municipios donde hay desnutrición. Los países pueden usar otros métodos a su alcance para priorizar los grupos de riesgo.

Diseño de un plan de comunicación social: La propuesta de comunicación de la OPS no caracteriza la SVA como una campaña mas sino como una nueva oportunidad para llegar a las poblaciones no vacunadas. El lema *"Vacunación: un acto de amor"* se seguirá usando, junto con el que propuso el programa de inmunización estadounidense, que dice: "*Ámalos, protégelos, vacúnalos*". Los países de la Región están de acuerdo en que los mensajes por la radio desempeñan una función esencial en la diseminación adecuada de mensajes relativos a la SVA en el ámbito local. La OPS enviará a los países varios diseños gráficos que deben modificarse de acuerdo con las características y necesidades culturales locales, como también lemas de los distintos organismos participantes. A fin de evaluar el componente de comunicación, se realizará una encuesta de las madres o de los cuidadores de niños en las zonas de intervención.

Promoción de la coordinación interagencial: El Comité de Coordinación Interagencial (CCI) a nivel regional, así como en cada uno de los países, desempeña una función esencial en el logro de los objetivos de la SVA ya que presta apoyo político, técnico y financiero. Cada ministerio de salud convocará al CCI por lo menos dos veces para concretar los aportes de las diferentes agencias de cooperación presentes en el país.

Conclusiones

La semana de vacunación en las Américas se ha convertido en un instrumento regional, y su objetivo principal es vacunar a los niños y a las mujeres que nunca sido vacunados, con lo cual se fortalece el programa de inmunización. La SVA no es simplemente otra campaña mas es otra oportunidad para vacunar a las poblaciones que tradicionalmente se han excluido. Permite priorizar la inmunización en el programa político de todos los países, el fomento del panamericanismo y la revitalización de las actividades transfronterizas. La SVA también sirve para fortalecer la red primaria de atención de salud al tiempo que se reafirma la meta de disminuir las inequidades con resultados cuantificables.

Evaluación de la SVA

La evaluación de la SVA se realizará comparando los resultados con las metas correspondientes fijadas en cada país y realizando una encuesta de población sobre el nivel de conocimientos acerca de las actividades a nivel local. También se usarán los siguientes indicadores:

- Porcentaje de niños entre 1 y 4 años de edad vacunados con 1, 2 ó 3 dosis de vacunas DPT y pentavalente (para saber cuántos niños han recibido 0 dosis o tienen esquemas atrasados)[1].
- Porcentaje de mujeres en edad fértil vacunadas que han recibido 0 dosis de Td antes de la SVA.
- Porcentaje de monitoreos rápidos de cobertura que muestra que la cobertura de vacunación contra el sarampión y la rubéola es inferior a 95%.
- Porcentaje de madres entrevistadas en determinadas zonas que se habían enterado de la SVA.
- Porcentaje de municipios que tienen un plan de seguimiento para completar los esquemas de vacunación después de la SVA.
- Número de casos sospechosos de sarampión y rubéola y de PFA detectados durante la búsqueda activa en las comunidades y registrados en el sistema de vigilancia.

Además, se realizará una evaluación de la SVA mediante una encuesta de operaciones en las zonas marginales de las ciudades grandes, con la participación de los CDC. Dicha encuesta tendrá lugar en tres países representativos de tres subregiones (Cono Sur, Región Andina y Centroamérica) y constituirá un estudio piloto para la validación de métodos.

[1] Se usará el denominador de niños mayores de 1 año porque no todos los países tienen datos desglosados relativos a los niños menores de 1 año de acuerdo a la edad en que se les administró la vacuna.

Éxito de la campaña de vacunación en Haití en 2003

Por primera vez en la historia reciente de Haití, un departamento notificó una cobertura vacunal contra tuberculosis, poliomielitis, difteria, tos ferina y tétanos de más de 95% en niños que residen en él. Dicho departamento, Centre (figura 1), logró la meta que el país se había propuesto obtener en cinco años en solo un año de ejecución del plan quinquenal. La cobertura promedio relativa a todos los antígenos en la población de niños menores de 1 año de edad se presenta en la figura 2 respecto a cada departamento de Haití. La cobertura de Centre ("CEN") está muy por encima de la de otros departamentos y también muy por encima de la meta de cobertura del 60% de 2002 que se fijó el país. En 2003, se reportó una cobertura contra sarampión de 85% en Centre. Aunque estos datos estén recopilados en base a informes administrativos, los resultados sugieren un gran progreso.

El plan quinquenal requiere el uso de 3 estrategias de inmunización en el programa ordinario:

1) Consultorios de vacunación en las instituciones de salud;
2) Puestos de vacunación en lugares comunitarios como escuelas, mercados, iglesias y vías de transporte; y
3) Vacunación casa a casa realizada por brigadas de vacunación en las zonas de difícil acceso o subatendidas.

Dentro de cada departamento, las actividades de vacunación se realizan mediante la labor coordinada del Ministerio de Salud Pública y Población y varios proveedores de servicios de salud no gubernamentales. Todas esas estrategias tuvieron éxito en el departamento de Centre en 2003 y, en menor grado, en los otros 4 departamentos que excedieron la meta de 60% (Nippes,

Grand'Anse, Nord'Est y Sud'Est). Las tasas de cobertura respecto a cada vacuna en 2002 y 2003 en el departamento de Centre se presentan en la figura 3. De 2002 a 2003, la cobertura mejoró en casi 50%.

En 2003, la cobertura de vacunación nacional en Haití mejoró, pero 6 departamentos todavía no han logrado la meta, establecida para el primer año, de vacunación completa de 60% de los niños menores de 1 año de edad con las 4 vacunas utilizadas en el país (poliomielitis, sarampión, DTP y BCG). La cobertura promedio con todas las vacunas fue de 53% en 2003, comparada con 42% en 2002. Este mejoramiento fue resultado de la aplicación de la estrategia nueva de 5 años, pero la falta de financiamiento en la primera parte del año impidió que se ejecutara plenamente la estrategia hasta septiembre de 2003. Además, hubo escasez de vacunas en muchos departamentos durante los meses de julio a septiembre.

Figura 1. Sitio del Departamento de Centre, Haití

Isla de la Española

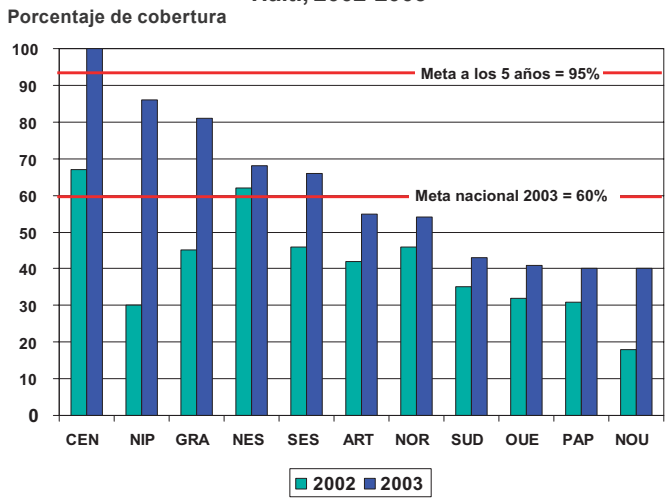
En el departamento de Centre también se sintieron los problemas nacionales de falta de fondos y de vacunas. Además, este es el único departamento de Haití que no tiene acceso al mar y es una de las regiones más pobres del país. Tiene una población de aproximadamente 560.000 habitantes (6,5% de la población total), incluidos aproximadamente 20.000 niños menores de 1 año de edad. La mayor parte del terreno es montañoso y de suelo inadecuado para la agricultura, y muchas carreteras suelen desaparecer a causa de inundaciones y desprendimientos de tierra.

¿Cómo logró Centre tener un éxito semejante en la vacunación en un período tan corto? Un elemento fundamental para el éxito fue el notable liderazgo del jefe del departamento de salud y la excelente coordinación con socios de salud fuertemente comprometidos en el campo. La labor se concentró principalmente en dos tipos de actividades: 1) el apoyo de la vacunación en cada institución de salud mediante capacitación del personal de vacunación, micro planificación, evaluación del desempeño, supervisión y capacitación en el terreno; y 2) la ejecución de la vacunación ordinaria acelerada mediante brigadas de vacunación en puestos fijos y casa a casa, especialmente en zonas con difícil acceso difícil a los servicios de inmunización. El éxito general de esta estrategia fue el resultado de la coordinación excelente de estas actividades complementarias por parte de los vacunadores públicos y privados en cada una de las 12 comunas que comprenden el departamento de Centre. La coordinación del director del departamento de salud en Centre también fue esencial.

El reto que Haití tiene ahora es adaptar este modelo de Centre que ha tenido tanto éxito a los demás departamentos del país. Haití debe seguir realizando campañas de vacunación casa a casa contra el sarampión y la poliomielitis en todos los departamentos del país donde se ha registrado un rendimiento insuficiente. Todos los niños que viven en los departamentos que tienen una cobertura de vacunación muy baja serán vacunados durante una campaña adicional intensiva durante la Semana de Vacunación en las Américas, en abril de 2004.

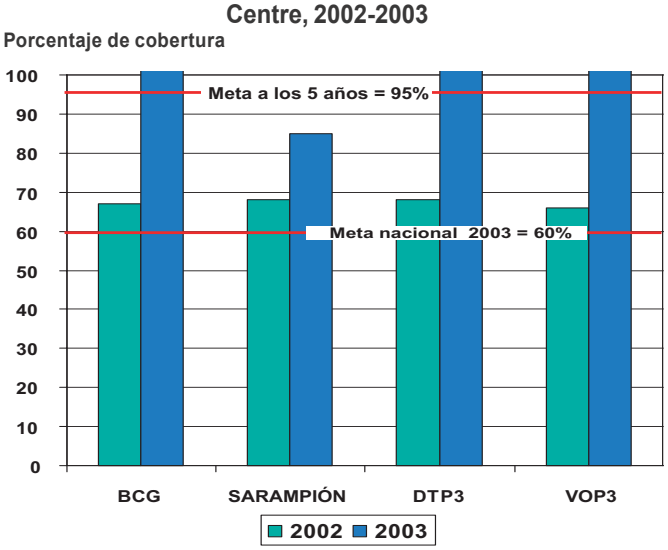
Nota de la redacción: El éxito en Centre será un modelo y punto de referencia para las actividades futuras de vacunación en Haití. Se espera que la situación de lucha civil actual se resuelva para que todos los niños de este país puedan recibir inmunizaciones y otros servicios médicos.

Figura 2. Cobertura vacunal* por Departamento Haití, 2002-2003



** incluye las vacunas contra la polio, DT y BCG en los niños <1 año*

Figura 3. Cobertura vacunal en el Departamento de Centre, 2002-2003



Perspectivas sobre las iniciativas de eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas

Antecedentes

En ocasión del 38.º Consejo Directivo de la OPS, celebrado en septiembre de 1995 en Washington, D.C., los ministerios de salud de las Américas aprobaron por unanimidad el Plan de Acción para la Erradicación del Sarampión, que instaba a erradicar esta enfermedad para el año 2000. La transmisión autóctona del sarampión en el continente americano se ha logrado interrumpir gracias a la intensificación de las campañas de vacunación, dirigidas mediante actividades de vigilancia y la búsqueda activa de los casos que se presentan en los centros de salud, las escuelas y las comunidades de alto riesgo. En la reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación que tuvo lugar en noviembre de 2002, se admitió que la ejecución plena de la estrategia recomendada por la OPS para erradicar el sarampión, respaldada por todos los ministerios de salud de los países americanos, sigue siendo la piedra angular de las actividades para interrumpir la transmisión autóctona del virus del sarampión.

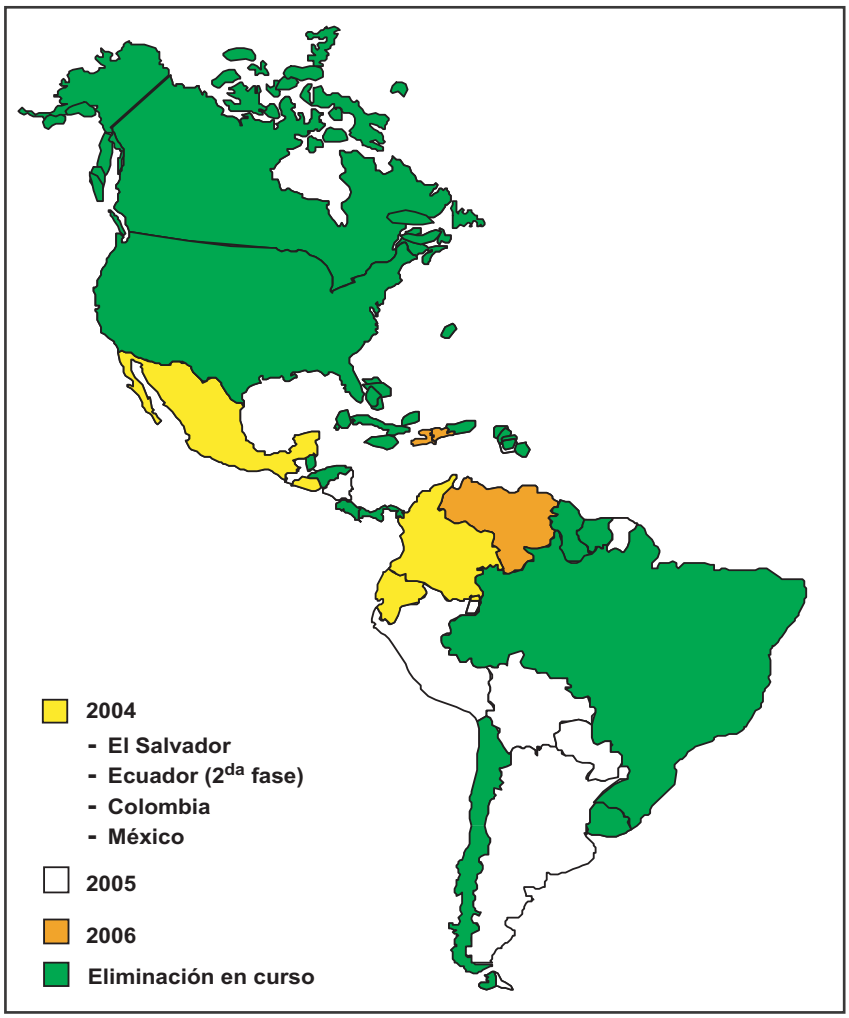
Estrategias de erradicación

Como parte de la meta de erradicación del sarampión, se insistió en la importancia de la creación o mejora de las capacidades nacionales de vigilancia, que abarcan los aspectos técnicos, logísticos, de capacitación y de gestión. Este empeño ayudó a los directivos sanitarios a medir la repercusión de los programas de vacunación y a identificar las zonas que requieren más cooperación técnica. Los niveles de cobertura de vacunación han superado el 80% en toda la Región.

La vigilancia mejorada del sarampión en toda la Región se ha ampliado e integrado con la vigilancia de la rubéola. Siguiendo el ejemplo de la comunidad del Caribe, muchos países han intensificado las actividades para controlar la rubéola y prevenir el síndrome de rubéola congénita (SRC). Con los datos del sistema de vigilancia del sarampión, se ha podido confirmar la circulación generalizada de la rubéola en muchos países y los datos recopilados por los sistemas integrados de vigilancia de la rubéola y del sarampión en toda la Región han permitido documentar aún más este hecho. En consecuencia, todos los países excepto dos han introducido las vacunas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (vacuna triple SRP) en su esquema de vacunación ordinaria. Los dos países que no lo han hecho, República Dominicana y Haití, planean incluir la vacuna contra la rubéola en sus programas rutinarios de vacunación en 2004 y 2005, respectivamente.

La integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola es una herramienta de gran importancia para superar las dificultades que entraña eliminar la rubéola y el SRC. Otras estrategias consisten en vacunar a hombres y mujeres, mejorar el seguimiento de las mujeres embarazadas que contraen la rubéola o establecen contacto con alguna persona que padece la enfermedad y recoger muestras para aislar el virus.

Figura 1. Campañas de vacunación planeadas para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, por país y por año.



Actividades y oportunidades

Los datos indican que en noviembre de 2002 se informó del último caso confirmado de sarampión autóctono. Considerando los logros históricos en el campo de la eliminación del sarampión, en septiembre de 2003 el 44.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD44.R1, por medio de la cual instó a los Estados Miembros a eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010.

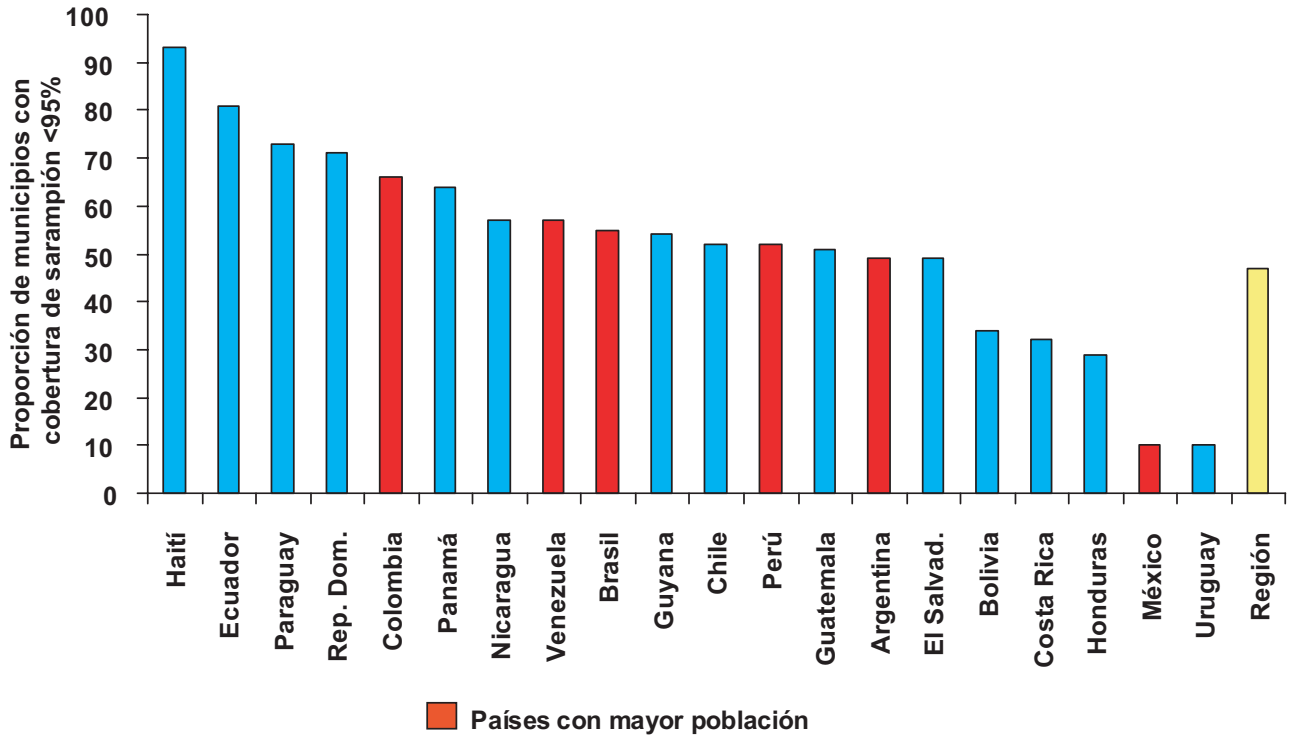
El Salvador, Ecuador, Colombia y Nicaragua han programado para el año en curso campañas de vacunación masiva dirigidas a hombres y mujeres. México seguirá con sus actividades de vacunación según grupos de riesgo. Brasil, un país que ya ha realizado campañas dirigidas a las mujeres, emprenderá campañas de vacunación rutinaria contra la rubéola dirigidas a los hombres. En 2005, Argentina, Bolivia, Paraguay y Perú llevarán a cabo campañas de vacunación destinadas a hombres y mujeres, y en 2006, Guatemala, Venezuela, República Dominicana y Haití realizarán sus propias campañas (véase figura 1).

La eliminación de la rubéola en el 2010 ofrece muchas posibilidades. Contribuye al fortalecimiento de la vigilancia y de los servicios sanitarios dirigidos a los recién nacidos. Permite mejoras en los servicios y seguimiento de niños con malformaciones congénitas y minusvalías. Ayuda con la creación de vínculos entre los servicios sanitarios para niños y los servicios de educación especial. Fomenta un mayor interés en la salud de la mujer y un mayor acceso a los servicios sanitarios para la población adulta, particularmente hombres. Como consecuencia de lo anterior, la eliminación de la rubéola también generará ahorros para el sistema de salud y contribuirá a la integración de los servicios sanitarios, así como al fortalecimiento de su infraestructura y calidad. Otro elemento clave es que la experiencia adquirida mediante la vacunación de adultos ayudará a idear nuevos mecanismos para introducir futuras vacunas de adultos, por ejemplo, contra el VIH y el virus papiloma humano (VPH).

enorme dificultad para ejecutar los programas de vacunación de manera uniforme en todas las zonas de un determinado país, así como para aplicar las estrategias de eliminación actuales y futuras. La responsabilidad del monitoreo de primer nivel y de la notificación de casos también ha sido descentralizada, por lo que las autoridades sanitarias centrales tendrán que aumentar la capacidad nacional para supervisar y monitorear el trabajo de las autoridades locales.

Gracias a la iniciativa de vacunación contra el sarampión, los programas de vacunación y la infraestructura de vigilancia de los países se han fortalecido en gran medida. Las autoridades sanitarias nacionales están definiendo qué infraestructura se necesita para realizar la vigilancia de otras enfermedades prevenibles por vacunación e importantes para la salud pública, como la hepatitis B, la fiebre amarilla y las enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b y, últimamente, rotavirus.

Figura 2. Proporción de municipios con cobertura de sarampión <95% en niños de un año de edad. Región de las Américas, 2002



Fortalecimiento de los programas y de la vigilancia

Se requieren mayores esfuerzos para fortalecer los programas nacionales de vacunación y la infraestructura de vigilancia de la Región a fin de mantener los niveles de cobertura, adecuar la adopción de vacunas nuevas y garantizar que todas las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) recomendadas lleguen a las zonas de difícil acceso, así como a las zonas urbanas subatendidas. Se debe hacer hincapié en la importancia de lograr que los programas nacionales de vacunación sean capaces de mantener la eliminación del sarampión y garantizar el éxito de la nueva iniciativa de eliminación de la rubéola y del SRC.

Como consecuencia de los procesos de descentralización que están en curso en las Américas, la toma de decisiones ha sido transferida a las autoridades locales y esto ha supuesto una

El respaldo que todos los jefes de Estado de las Américas han dado a la iniciativa regional de vacunación ha situado en el nivel político más alto la cooperación técnica que la OPS brinda a los países en materia de inmunización y vacunas. La OPS coopera de manera continua con varios socios en la Región, entre los que figuran las primeras damas de los países para alcanzar la meta de erradicación del sarampión de las Américas; los poderes legislativos para sancionar leyes que aseguren el financiamiento nacional de los gastos recurrentes de las vacunas y otros insumos; el sector privado para garantizar su participación en las actividades de vacunación y vigilancia; y los gobiernos municipales para garantizar la puesta en práctica de los programas de vacunación.

En 2003, las importaciones del virus del sarampión de la cepa H1 de Asia a Chile y México pusieron de relieve el riesgo real

que conllevan las importaciones de virus de otras regiones. En Chile, la importación del sarampión no dio lugar a la transmisión secundaria y permitió constatar un nivel alto de inmunidad en la población, sin duda atribuible al efecto de la iniciativa de eliminación del sarampión en la Región. Sin embargo, en México la importación dio lugar a 44 casos en 2003 y a 15 más en 2004, por lo que se necesita resolver varias cuestiones para no perder lo que se ha ganado en el intento por eliminar la enfermedad. Mientras el virus del sarampión circule en otras partes del mundo, los países de las Américas correrán el riesgo de importaciones y brotes posteriores. Los datos de México indican que la importación del virus no dio lugar a la transmisión generalizada, en gran parte debido a la elevada cobertura de vacunación. Para reducir el riesgo de transmisión generalizada después de la importación, como ocurrió en Venezuela en 2002, los países deben mantener niveles altos de cobertura de vacunación antisarampionosa en todos los municipios. El monitoreo de la cobertura de vacunación antisarampionosa en todos los municipios y las actividades especiales de vacunación en los municipios con una cobertura inferior a 95% siguen siendo estrategias fundamentales en todos los países (véase figura 2). Estas medidas, aunadas a la ejecución y mantenimiento de una vigilancia de alta calidad, serán la primera línea de defensa para prevenir la transmisión generalizada en caso de importaciones.

Revisión de los planes de acción para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas

El 28 de enero de 2004 se realizó un taller en Quito, Ecuador, con el objetivo de examinar los planes de acción para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Los gerentes del PAI, los profesionales a cargo de la vigilancia epidemiológica y los miembros de la Unidad de Inmunización de la OPS se reunieron para medir el avance logrado a la fecha y normalizar las medidas que deben ponerse en práctica. Los países se dividieron en cuatro grupos de acuerdo con su grado de adelanto:

Grupo I: Los países que introdujeron la vacuna contra la rubéola hace 20 años.

Grupo IIA: Los países que han realizado campañas de vacunación (dirigidas a hombres y mujeres) para eliminar la rubéola.

Grupo IIB: Los países que han llevado a cabo actividades de vacunación parcial (por cohorte, sexo, grupo de riesgo o zona geográfica).

Grupo III: Los países que todavía tienen que realizar las actividades de vacunación para eliminar la rubéola.

Los participantes examinaron la formulación, el seguimiento y la evaluación de los planes de acción. Además, analizaron las necesidades en materia de vacunas y el proceso de su adquisición mediante el Fondo Rotatorio.

Los países acordaron redactar planes nacionales para la eliminación de la rubéola y del SRC antes del 28 de febrero de 2004, a fin de cumplir con los requisitos de la resolución CD44.R1, adoptada por el 44.º Consejo Directivo de la OPS. Los directores podrán servirse de los planes de acción para priorizar, coordinar y ejecutar las actividades, así como para pronosticar mejor la demanda de las vacunas SR y SRP y manejar más adecuadamente los costos y recursos.

Precios de las vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS en 2004

La tabla de la página 8 muestra los precios de las vacunas adquiridas mediante el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas de la OPS en 2004. La OPS estableció el Fondo Rotatorio en 1979 para la compra de vacunas, jeringas, agujas y equipo de cadena de frío para países de América Latina y el Caribe.

Varias vacunas siguen experimentando un aumento de precio en comparación con 2003. Los aumentos de precio más notables son los de la vacuna contra la fiebre amarilla (+23%), la vacuna DT para adultos (+13%) y la vacuna triple SRP (+7%). Para ayudar a corregir esta tendencia, la OPS se ha unido a los Estados Miembros y a los proveedores para mejorar las predicciones en relación a las vacunas mediante un estudio de eficiencia. Su objetivo es mejorar continuamente el manejo de los cambios de las predicciones de los países y del suministro de los proveedores. Esto ayudará a controlar los aumentos de precios y a evitar situaciones de agotamiento y de excedentes de existencias nacionales. Al mismo tiempo, el estudio ayudará a predecir la introducción de nuevas vacunas en los programas nacionales.

En el Taller Preparatorio para la Semana de Vacunación en las Américas de 2004 (véase la página 1), celebrado en Quito, Ecuador, se determinaron tres estrategias para mejorar la eficiencia del Fondo Rotatorio: predicción de la demanda, proceso de adquisiciones y servicio para los clientes. Estas estrategias son funciones clave de gestión para el éxito de los procesos y para mejorar los servicios para el cliente que se ofrecen a los países.

En la Reunión de Quito, los directivos del PAI aportaron sugerencias valiosas y ayudaron a definir un plan preliminar, por ejemplo, solicitudes para actualizar las normas del Fondo Rotatorio de la OPS, simplificar el proceso de facturación y revisar el formulario OPS 173 (formulario de pedido de vacunas), el cual refleja los requisitos de predicción anual. La visión compartida fortalecerá la alianza estratégica entre los países participantes, los proveedores y la OPS para lograr que todos los niños de la Región se vacunen mediante los programas nacionales correspondientes.

Tabla 1. Precios de las vacunas compradas por el Fondo Rotatorio de la OPS, 2004

VACUNA	Dosis por vial	Precio FCA* por dosis
BCG	10	$0.0940
DPT	10	$0.0980
DT (Adulto)	10	$0.0550
DT (Pediátrica)	10	$0.0700
DPT Hib liofilizada	1	$3.1000
	10	$2.6000
DPT/Hep B Hib	1	$3.8500
Hib liofilizada	1	$3.0000
Hepatitits B 10MCG recombinante pediátrica	1	$0.4164
Hepatitis B 20MCG recombinante	1	$0.5500
	10	$0.2700
Antisarampionosa (EDMONSTON)	1	$0.8500
	10	$0.1300
Antisarampionosa/ Rubéola	1	$1.1000
	2	$0.8000
	10	$0.4770
Antisarampionosa/ Parotiditis (URABE)/ Rubéola	1	$1.6000
	10	$1.1949
Antisarampionosa/ Parotiditis (LENINGRADO-ZAGREB)/Rubéola	1	$1.4000
	10	$0.9000
Polio (vial de plástico)	10	$0.1416
	20	$0.1300
Antirrábica humana inactivada purificada en celulas vero	1	$8.8000
TT	10	$0.0460
Fiebre amarilla	5	$0.6500
	10	$0.8700

** FCA: Free Carrier*

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización 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

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

ISSN 0251-4729.

Unidad de Inmunización
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
http://www.paho.org

Editor: Jon Andrus
Editores Adjuntos: Béatrice Carpano y Kathryn Kohler