



Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXVIII, NÚMERO 2 ► ABRIL DE 2006

- 1 Brote de sarampión en Venezuela
- 1 Control de la influenza en El Salvador
- 5 Espacio fiscal para fortalecer los programas de inmunización
- 5 Análisis de la legislación sobre vacunas
- 6 Alianza de la OPS con GAVI
- 7 Indicadores de las PFA y sarampión/rubéola
- 8 Propagación internacional del poliovirus salvaje

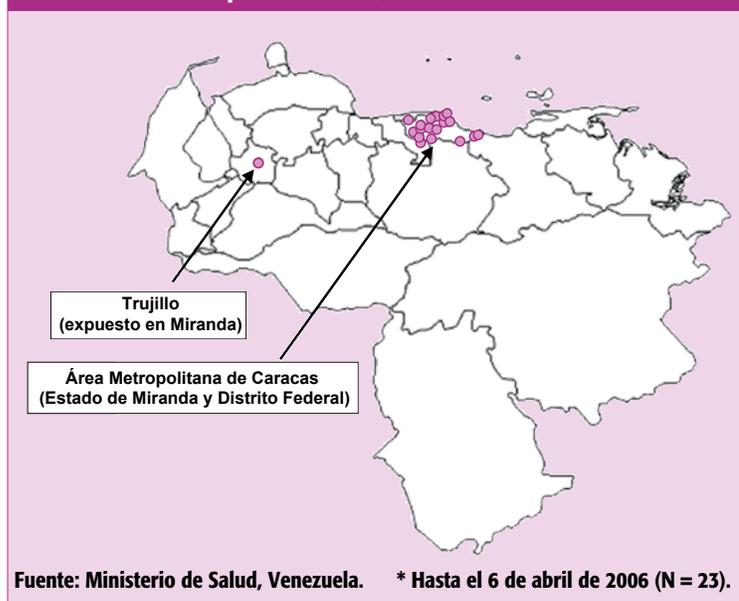
Notificación de un brote de sarampión en Venezuela

El brote de sarampión de más de 2.500 casos confirmados ocurrido en Venezuela entre septiembre de 2001 y noviembre de 2002 fue el último episodio de circulación generalizada del virus del sarampión en las Américas. A principios de marzo de 2006, el Ministerio de Salud venezolano detectó la importación de un caso de sarampión que, hasta el 6 de abril, ha dado lugar a 23 casos confirmados. Todos los casos con una excepción eran residentes del Estado Miranda (n = 20) y del Distrito Capital (n = 2), específicamente de la zona metropolitana de Caracas (figura 1). El caso restante era del Estado Trujillo, pero la exposición ocurrió en el Estado Miranda.

El caso índice y a su vez primario de este brote fue un hombre venezolano, de 33 años de edad, sin antecedente de vacunación, que viajó de vacaciones a Madrid y París del 1 al 13 de febrero de 2006. El 17 de febrero, presentó una afección febril, para la cual se automedicó y dos días después acudió a un primer hospital (hospital A), donde se le diagnosticó bronquitis. Ante la persistencia de los síntomas, acudió a otro hospital (hospital B) la noche del 22 de febrero. Permaneció en el servicio de urgencias de este hospital por más de 12 horas antes de presentar un exantema el 23 de febrero, fecha en que se le puso en aislamiento respiratorio ante la sospecha de sarampión. El diagnóstico de sarampión se confirmó mediante una prueba serológica (análisis inmunoenzimático de IgM); el aislamiento del virus fue positivo y su secuenciación estaba en curso en el mes de abril.

La investigación detectó 9 casos de transmisión primaria y 13 casos de segunda generación. La exposición de todos los casos de primera generación tuvo lugar probablemente en el hospital B entre el 22 y el 23 de febrero, 8 de los 9 en el servicio de urgencias. Ocho de los trece casos de segunda generación estuvieron probablemente expuestos a un caso de primera generación, que regresó para atención al servicio de urgencias del hospital B entre el 6 y el 7 de marzo; es probable que la exposición de otro caso haya tenido lugar en el hospital B entre el 7 y el 9 de marzo, pero fuera de la sala de urgencias; tres casos eran miembros de la familia de un caso de primera generación y en uno de los casos no pudo establecerse un vínculo epidemiológico. En la figura 2 se esquematiza la distribución por edades de todos los casos confirmados. En ningún caso se pudo documentar de vacunación antisarampionosa.

Figura 1. Distribución geográfica de casos confirmados de sarampión Venezuela, febrero-abril 2006*



El ministerio de salud venezolano respondió al brote con un plan exhaustivo con el fin de contenerlo. Se reforzó la vigilancia del sarampión a escala nacional y se inició una búsqueda activa de casos en los establecimientos privados de salud de la zona metropolitana de Caracas. En el servicio de urgencias del hospital B y otros establecimientos de salud considerados en riesgo de recibir casos de sarampión en fase prodrómica se instauraron medidas con el fin de limitar el acceso a los pacientes, restringir los visitantes a uno por paciente, vacunar a toda persona que ingresara al establecimiento (incluidos todos los pacientes sin contraindicación a la vacuna), separar el flujo de pacientes con fiebre

Control de la influenza en El Salvador

La influenza es una infección respiratoria aguda causada por los virus de la influenza de tipo A y B. El periodo de incubación oscila entre uno y cuatro días. Entre las complicaciones frecuentes de la infección por el virus de la influenza se encuentran la neumonía bacteriana secundaria, la exacerbación de enfermedades crónicas subyacentes, y la otitis media en los niños.

El patrón estacional de la influenza y el impacto de la vacunación han sido ampliamente estudiados en los países con clima templado de los Hemisferios Norte y Sur. En contraste, pocos estudios han sido publicados acerca de la estacionalidad de la influenza en las regiones tropicales y especialmente datos de Centro América hacen falta. Aún se desconoce cómo y por qué la estacionalidad de la influenza varía con la latitud geográfica. Su relación con las condiciones climáticas no ha sido demostrada de manera convincente, aunque la estación lluviosa juega aparentemente un importante rol en países tropicales. Este es el caso de El Salvador, país Centro Americano que se encuentra ubicado en la latitud 13.5° Norte. De acuerdo al Sistema de Clasificación Climática de Köppen, el país tiene un clima tipo Tropical Húmedo a Húmedo-Seco en la gran mayoría del territorio, con algunas regiones al norte cuyo clima corresponde al clima de Tierra Altas Montañosas.

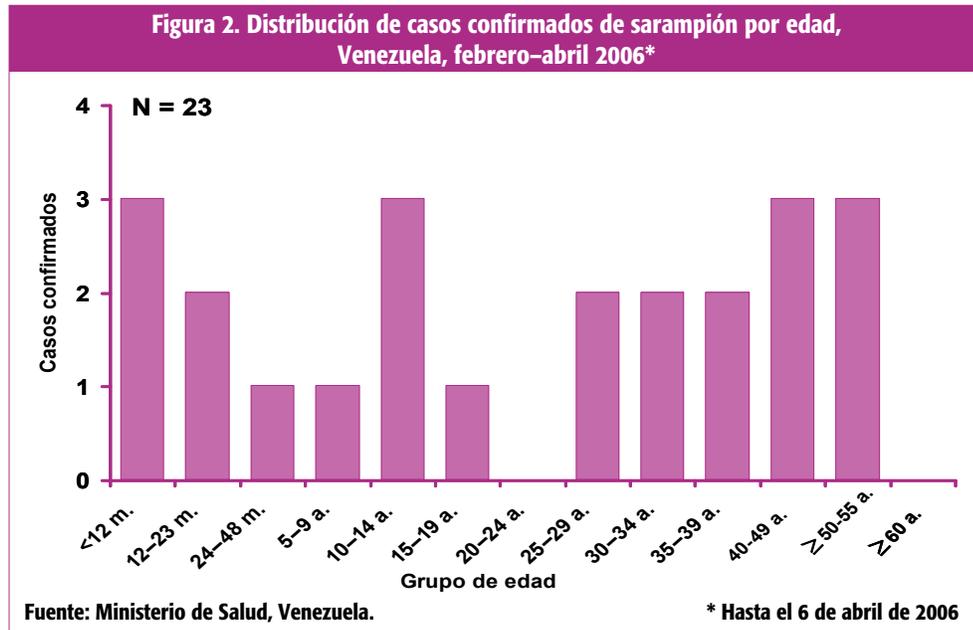
Vigilancia epidemiológica de la influenza en El Salvador

La mayoría de las personas infectadas con el virus de la influenza no acuden

Ver **CONTROL DE LA INFLUENZA EN EL SALVADOR** página 2

y practicar un tamizaje basado en los factores de riesgo (consulta al servicio de urgencias o contacto con una persona con erupción cutánea en las cuatro semanas anteriores) y aplicar las protecciones respiratorias a todos los pacientes con sospecha clínica de sarampión. La investigación de los casos comprendió una vacunación perifocal dirigida a las personas de 6 meses a 39 años de edad y una búsqueda activa de casos. Por último, la Semana de Vacunación en las Américas comenzó antes de lo previsto, el 9 de abril, con la meta de vacunar a todos los niños entre 6 meses y 4 años de edad y a todos los niños y adolescentes susceptibles entre 5 y 17 años. El 10 de abril, se habían vacunado en el Estado Miranda y en el Distrito Capital 1.800.000 personas. Actualmente se prepara una campaña de vacunación a escala nacional de todos los adultos entre 18 y 39 años de edad.

El origen de este brote fue muy probablemente un brote epidémico de sarampión ocurrido en Madrid, que dio lugar a 59 casos notificados entre mediados de enero y mediados de marzo. La situación venezolana ilustra claramente el riesgo constante de importación del sarampión al cual están expuestos todos los países de las Américas. Además de mantener una cobertura de vacunación



alta y homogénea, la vigilancia es fundamental para detectar y contener toda importación en forma temprana. Los hospitales y consultorios del

sector privado deben participar en este sistema de vigilancia. ■

Rubella Watch: un suplemento especial de noticias al Boletín de Inmunización de la OPS

El Consejo Directivo de la OPS adoptó la iniciativa de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas para el año 2010 y mucho se ha avanzado. De hecho, dada la acumulación de experiencias nacionales, creemos que la meta se alcanzará antes de 2010.

Como suplemento especial al *Boletín de Inmunización*, *Rubella Watch* será una herramienta útil para compartir los logros ejemplares que los países están alcanzando. *Rubella Watch* es un boletín electrónico distribuido en meses alternos (durante los meses en que no se publica el *Boletín de Inmunización*). La finalidad de *Rubella Watch* es informar sobre las actividades relativas a rubéola en los países de las Américas. Si desea recibir *Rubella Watch*, favor enviar un correo electrónico a fch-im@paho.org con su nombre y su dirección electrónica.

CONTROL DE LA INFLUENZA EN EL SALVADOR

Cont. página 1

a servicios médicos, y por consiguiente estos casos no se registran. Además, la mayor parte de los casos de influenza no se confirman por laboratorio. El país monitorea la influenza de manera indirecta a través de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA) y de neumonías.

En El Salvador, los casos de IRA son reportados de manera sistemática a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En el año 1990, se agregó al Reporte Epidemiológico Semanal la notificación de los casos de neumonías, y en el 2000 el reporte de los casos de influenza fue incluido.

En El Salvador, la incidencia de neumonías aumenta al inicio de la estación lluviosa, registrándose entre los meses de mayo y julio una elevación en las consultas médicas, hospitalizaciones y muertes por esta enfermedad (figura 1).

En el año 2003, El Salvador presentó un brote de

neumonía, registrándose tasas de incidencia de 136 por 10.000 habitantes, representando un incremento de más del 50% de casos en comparación a los registrados en los años anteriores. El 73% de las consultas se concentró en los menores de cinco años, reportándose las mayores tasas de incidencia en este grupo de edad (827 por 10.000 habitantes), seguido de la población ≥60 años (103 por 10.000 habitantes).

La mortalidad asociada a neumonía ocupó el tercer lugar en las causas de defunciones del 2003, con una tasa de mortalidad de 6 por 100.000 habitantes y una tasa de letalidad del 0,5%. Las mayores tasas de mortalidad se registraron en los menores de un año (50 por 100.000 habitantes), seguidos por personas >60 años de edad (tasa 46 por 100.000 habitantes, tasa de letalidad del 4,7%). Más de la mitad de los fallecidos por neumonía reportados en 2003 se concentró en dichos grupos de edad. Si bien las tasas más altas de la enfermedad ocurrieron entre los niños menores de cinco años y adultos >60 años, las tasas más altas de

hospitalizaciones por causas relacionadas con las neumonías ocurrieron entre los niños menores de dos años. Esto ocasionó una saturación de la red de hospitales del país. En 2004, la incidencia de consultas médicas, egresos hospitalarios y muertes asociadas a neumonías disminuyó.

Vigilancia de laboratorio

En julio de 2001, a raíz de un brote de infecciones respiratorias y neumonías que afectaron a población de edad escolar, el Laboratorio Central, con apoyo de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), realizó un estudio para identificar el agente etiológico. Dicho análisis detectó la circulación de influenza tipo A. La investigación de la epidemia de 2003 determinó que el virus de influenza tipo A y el virus respiratorio sincitial (VRS) se encontraban circulando. El mayor número de aislamientos fue en muestras de menores de cinco años y personas ≥65 años.

En el 2004 se implementó la vigilancia centinela durante los periodos de elevación de los casos de IRA, neumonías e influenza. Con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2005 se incrementó el número de sitios centinelas y se implementó la toma de muestras de manera sistemática durante todo el año. Los objetivos de esta vigilancia centinela fueron los siguientes:

1. detectar tempranamente la circulación de los virus influenza y otros virus respiratorios;
2. determinar la estacionalidad de las epidemias de influenza;
3. comunicar a la comunidad médica sobre la circulación de los virus respiratorios; y
4. participar en la selección de las cepas del virus influenza a incluirse en la vacuna cada año, como parte de la red mundial de vigilancia de la influenza (FluNet).

Caracterización antigénica

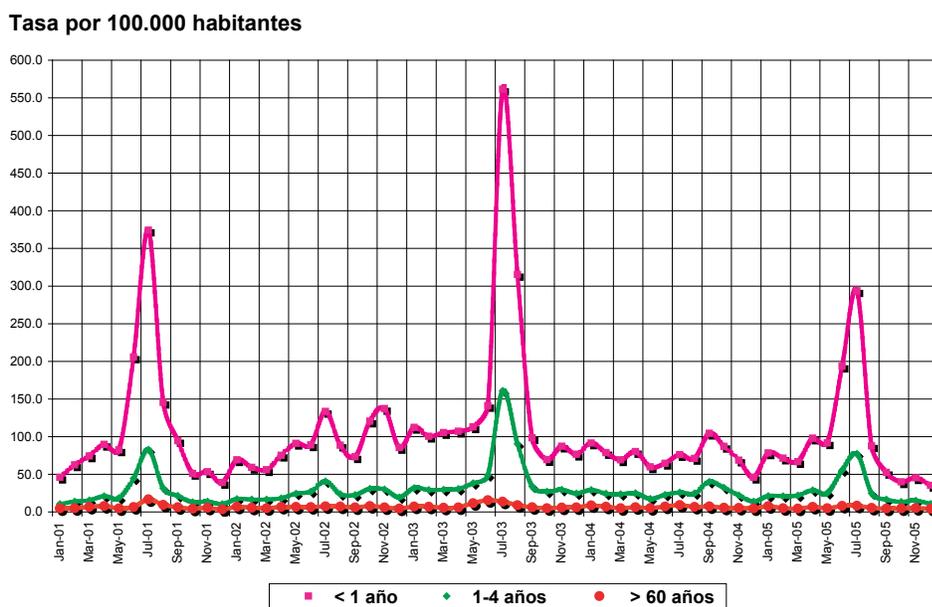
Con apoyo de la OPS, el MSPAS envió al CDC virus aislados de cultivos positivos para influenza para caracterización antigénica (cuadro 1). Durante la epidemia del año 2003, se aisló virus de influenza A (H3N2) que fue caracterizado como A/Korea/770/2002 H3N2. La misma cepa fue aislada y caracterizada en el año 2004. Dicha cepa también se reportó en varios estados de los Estados Unidos (Georgia, Indiana, Michigan, Missouri, Nevada, Texas, Virginia y Washington) durante los años 2003 y 2004. Aislamientos similares se reportaron también en el Hemisferio Sur (Provincia de Río Negro/Argentina y São Paulo/Brasil) en 2004. En 2005, en El Salvador se reportó que la cepa circulante era la (H3N2) A/California/07/2004. Los resultados obtenidos de la vigilancia de laboratorio han sido un punto de referencia para decidir sobre la composición de la vacuna a ser utilizada en El Salvador.

Introducción de la vacuna contra la influenza estacional

La epidemia del año 2003 convenció al gobierno de El Salvador de introducir la vacuna contra la influenza estacional al esquema nacional de vacunación. La primera campaña de vacunación contra la influenza se realizó en enero 2004 para la población de personas ≥ 65 años y un 96% de la población objetivo fue vacunada. La vigilancia epidemiológica semanal demostró una marcada disminución de la incidencia de neumonías notificadas, la que incluso llegó a niveles inferiores a los previamente observados en años no epidémicos.

Ante la enorme aceptación de la población a ser vacunada contra la influenza, evidenciado en las altas coberturas obtenidas, y el análisis de las poblaciones en riesgo de influenza, el MSPAS decidió expandir el grupo destinatario de esta vacuna. En

Figura 1. Tasa de incidencia de neumonías en niños menores de 1 año de edad, niños de 1-4 años de edad y personas ≥ 60 años de edad. El Salvador, 2001-2005.



Fuente: Unidad Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2001-2005.

el año 2005 se incluyó a niños de 6 meses a 23 meses de edad y a adultos mayores, a partir de los 60 años. Sin embargo, el impacto observado para este año no fue tan dramático como el observado el año previo, a pesar de las altas coberturas obtenidas: 99% en el grupo de adultos mayores y 70% para la segunda dosis en los niños entre 6 a 23 meses.

Para la tercera campaña de influenza, el MSPAS decidió iniciar la vacunación en diciembre de 2005. Nuevamente se alcanzaron altas coberturas de vacunación: 96% en adultos mayores y 77% para la segunda dosis en niños entre 6 y 23 meses.¹ Los trabajadores de salud en contacto directo con pacientes fueron vacunados durante las tres campañas. Cada año se ha utilizado la vacuna con composición para el Hemisferio Norte.

Conclusiones

Los incrementos en la ocurrencia de IRA y neumonías en El Salvador podrían estar asociados a la circulación de los virus de la influenza. Estas alzas ocurren con periodicidad casi anual, pero las tasas de incidencia y la gravedad de la enfermedad pueden variar considerablemente de año a año, dependiendo de diversos factores como los tipos y subtipos de las cepas de influenza circulantes y la prevalencia de anticuerpos protectores en la población.

En el año 2003, un brote importante de infecciones respiratorias asociado con hospitalizaciones y muertes ocurrió en El Salvador. Este episodio generó ansiedad en el público general pues la

¹ Datos preliminares.

etiología inicialmente se desconocía y las medidas de control de infecciones respiratorias parecían inefectivas. Finalmente, este brote se asoció a influenza tipo A y a VRS. Como resultado de la identificación de los agentes causales, las medidas de control se redirigieron a mejorar el manejo. Además se inició vigilancia de laboratorio para caracterizar los agentes etiológicos, se tomó la decisión de introducir la vacuna contra la influenza en población de riesgo y se efectuó la primera campaña contra la influenza en enero de 2004.

La introducción de la vacuna contra la influenza en El Salvador ha sido en general favorable, como se ha evidenciado con la disminución de la incidencia de neumonía posterior a las campañas de vacunación, especialmente la del 2004. Sin embargo, aun se hace necesario:

- a) investigar más en detalle la estacionalidad de la influenza en los trópicos, incluyendo la relación e influencia de la migración;
- b) mantener la vigilancia de laboratorio de los virus respiratorios;
- c) fortalecer la vigilancia epidemiológica de la influenza a través de sitios centinelas para pacientes ambulatorios;
- d) fortalecer la vigilancia hospitalaria de la influenza para entender mejor el grado de severidad de la enfermedad causada por la infección por influenza. Es importante aislar virus de pacientes hospitalizados, ya que estos pueden diferir de aquellos detectados en otros tipos de pacientes;
- e) fortalecer la vigilancia de eventos adversos siguiendo la vacunación, particularmente en la población infantil; y
- f) evaluar el impacto de las campañas anuales

contra la influenza en El Salvador sobre la mortalidad por influenza a partir del análisis indirecto de los fallecimientos por neumonía, particularmente durante la estación lluviosa.

La implementación de los pasos mencionados anteriormente ayudará a determinar la época (mes) más oportuna para la vacunación contra la influenza y la composición de la vacuna a ser utilizada cada año. Esto requerirá una estrecha colaboración con el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS, ya que el país sólo estará en posición de determinar la composición de vacuna a utilizar en medio o hacia el fin de la estación lluviosa (agosto o septiembre). ■

Autores: Dra. Ana Elena Chévez, Humphrey Fellow, Universidad de Emory; Dra. Nora Villatoro, Coordinadora Nacional del Programa de Inmunización, El Salvador; Patricia Mira, Laboratorio Dr. Max Bloch, El Salvador; y Dr. Julio Armero, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.

Agradecimientos: Los autores agradecen al personal técnico y administrativo del Programa Ampliado de Inmunización y al personal del Área de Virología del Laboratorio Dr. Max Bloch, coordinado por la Licenciada Celina de Lozano.

Referencias seleccionadas

1. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación contra influenza en grupos de riesgo en Costa Rica: una decisión basada en evidencia. *Boletín PAI*. 2004; 26(3): 2-4. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2603.pdf>. Revisado el 24 de abril de 2006.
2. Wong CM, Chan KP, Hedley AJ, Peiris JS. Influenza-associated mortality in Hong Kong. *Clin Infect Dis*. 2004; 39(11):1611-7.
3. Dushoff J, Plotkin JB, Viboud C, Earn DJ, Simonsen L. Mortality due to influenza in the United States—an annualized regression approach using multiple-cause mortality data. *Am J Epidemiol*. 2006;163(2):181-7.
4. Le Riverend E. La prevención de la influenza: recomendaciones para la temporada de 2005-2006. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(3):210-215. Disponible en <http://journal.paho.org/uploads/1137438038.pdf>. Revisado el 24 de abril de 2006.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Unidad de Información. *Boletín*

Informativo. 1999-2003. Disponible en http://www.mspas.gob.sv/boletines_estadisticos.asp. Revisado el 24 de abril de 2006.

6. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final. XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Ciudad de México - 3-5 noviembre de 2004. Resumen de las recomendaciones disponible en http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/GTA16_FinalReport_2004.pdf.
7. Wong CM, Yang L, Chan KP, Leung GM, Chan KH, Guan Y, Lam TH, Hedley AJ, Peiris JS. Influenza-Associated Hospitalization in a Subtropical City. *PLoS Med*. 2006; 3(4):e121. Disponible en <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030121>. Revisado el 24 de abril de 2006.
8. Viboud C, Alonso WJ, Simonsen L. Influenza in Tropical Regions. *PLoS Med*. 2006; 3(4):e89. Disponible en <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030089>. Revisado el 24 de abril de 2006.
9. World Health Organization. *Weekly Epidemiological Record*. 2003; 78 (9): 58-62. Disponible en <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2003/wer7809.pdf>. Revisado 24 de abril de 2006.

Cuadro 1. Vigilancia de laboratorio de virus respiratorios en El Salvador: resultados y comparación con cepas circulantes en los Hemisferios Sur y Norte, 2003-2005

	Año	2003	2004	2005
E L S A L V A D O R	Total de muestras	177	203	516
	Influenza detectada por IF^a	Influenza A: 14 (7,9%)	Influenza A: 11 (5,4%) Influenza B: 2 (0,98%)	Influenza A: 22 (4,3%) Influenza B: 2 (0,4%)
	Otros virus detectados por IF	VRS ^b : 49 (27,7%) Adenovirus/VRS: 1 (0,56%)	VRS: 3 (1,5%) Adenovirus: 11 (5,4%) Adenovirus/Influenza A: 2 (0,98%)	VRS: 39 (7,6%) Adenovirus: 20 (3,9%) Adenovirus/Influenza A: 1 VRS/Influenza A: 3 VRS/Adenovirus: 3 Parainfluenza I: 6 (1,2%) Parainfluenza II: 2 (0,39%) Parainfluenza III: 6 (1,2%) VRS /Parainfluenza I: 1
	Número de aislamientos	Influenza A: 8 VRS: 9	Influenza A: 9	Influenza A: 20 VRS: 1 Adenovirus: 1 Parainfluenza I: 1 Parainfluenza III: 1
Cepas de influenza	A/Korea/770/2002 like (H3N2)	A/Korea/770/2002 like (H3N2)	A/California/07/2004 like (H3N2)	

Año	2003	2004	2005
Hemisferio Sur	A/Panama/2007 like (H3N2)A/New Caledonia/20/99 like (H1N1)A/Fujian/411/02 (H3N2)B (not characterized)	A/Korea/770/02 like (H3N2)A/Fujian/411/02 like (H3N2)B/Sichuan/379/99 likeB/Hong Kong/330/01like	A/California/07/2004 like (H3N2)B/Shanghai/361/2002 like

Año	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Hemisferio Norte	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1)A/Panama/2007/99 (H3N2)B/Victoria likeB/Yamagata like	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1)A/Panama/2007/99 (H3N2)A/Fujian/411/02 like (H3N2)B/Victoria/2/87 like B/Yamagata/16/88 like	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1)A/Wyoming/3/2003A/California/7/2004B/Victoria/2/87 likeB/Yamagata 16/88 like	A/New Caledonia/20/99 like (H1N1) A/California/7/2004 like (H3N2)A/Wisconsin/67/2005 like (H3N2)B/Shanghai/361/2002 likeB/Yamagata like

^a IF: Inmunofluorescencia ^b VRS: Virus Respiratorio Sincial

Fuente: Laboratorio Dr. Max Bloch, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.

La creación de un espacio fiscal para fortalecer y ampliar los programas nacionales de inmunización en América Latina y el Caribe

La inmunización es una de las intervenciones más costo-efectivas de salud pública y constituye un instrumento fundamental para la promoción del desarrollo socioeconómico. En las Américas, los programas de inmunización han erradicado la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis, han interrumpido la transmisión endémica del sarampión, han alcanzado una alta cobertura para otras vacunas básicas y han logrado resultados espectaculares en la reducción de la mortalidad en la niñez. Pese a este éxito, nuevos desafíos se avecinan y queda mucho por hacer. Una prioridad consiste en completar la agenda inconclusa de llegar a la población desatendida, lograr la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC) e introducir nuevas vacunas y vacunas subutilizadas contra las infecciones de la niñez que causan mortalidad. Asimismo, los países se están preparando para la transición de programas de inmunización del niño a programas de inmunización familiar. La puesta en marcha de estas iniciativas precisa enfoques innovadores y nuevos tipos de colaboración.

La Unidad de Inmunización está trabajando en la elaboración de un marco regional de políticas con el objeto de apoyar a los países para completar la agenda inconclusa de inmunización y profundizar

el papel de la inmunización en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad en la niñez y mejorar la salud materna. En la actualidad, se exploran nuevos métodos de financiamiento sostenible centrados en asegurar flujos de financiamiento fiables y a largo plazo para los programas de inmunización, en particular mediante la creación de espacio fiscal.

El espacio fiscal es el ámbito límite potencial en el presupuesto nacional que permitiría la máxima provisión de recursos sin constituir una amenaza a la sostenibilidad financiera ni a la estabilidad económica. Entre las estrategias específicas para crear espacio fiscal se encuentran el establecimiento de nuevas prioridades para los gastos, el mejoramiento de la eficacia y la transparencia de la recaudación tributaria y el aumento de los impuestos indirectos sobre los productos que causan importantes problemas de salud pública, como el tabaco, el alcohol y tal vez las armas de fuego. Las estrategias complementarias comprenden la definición de nuevas fuentes de ingresos, por ejemplo, el producto de las loterías nacionales y un aumento del apoyo externo.

El apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a los países a este respecto se centra en las siguientes áreas:

1. Exploración de mecanismos para la creación de espacio fiscal para los programas de inmunización.
2. Fortalecimiento de la legislación sobre inmunización, a fin de reducir los costos nacionales de transacción (véase "Análisis de la legislación relativa a la inmunización en las Américas" más abajo).
3. Establecimiento de nuevas alianzas para la prestación de los servicios básicos de salud, incluida la vacunación (véase "La alianza de la OPS con GAVI" en la página 6).
4. Mejoramiento de la eficiencia del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS y ampliación de la participación en sus servicios a fin de conseguir que los países puedan sufragar los costos de las vacunas de nueva generación.

El marco regional de políticas que se está elaborando proporcionará a los ministros de salud las herramientas para defender eficazmente, frente a los ministros de hacienda y finanzas, que los fondos adicionales solicitados para financiar la inmunización e introducir nuevas vacunas representan un sobresaliente retorno de la inversión de los escasos recursos nacionales.

Análisis de la legislación relativa a la inmunización en las Américas

Antecedentes

La sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización ha constituido un importante foco de atención para los países, pues estos programas afrontan necesidades crecientes debido a la introducción de nuevas vacunas y tecnologías. Esta preocupación por su sostenibilidad fue el tema central de una reunión informativa en ocasión de la 46.ª sesión del Consejo Directivo de la OPS en Washington, D.C., en septiembre de 2005.¹ En la sesión se destacó la diversidad de las iniciativas de creación de espacio fiscal destinado a la vacunación y a la reducción de los costos de transacción con el fin de mejorar la sostenibilidad del programa. Entre estas iniciativas se encuentra un análisis de la legislación² sobre las vacunas y su contribución a la sostenibilidad.

La meta esencial de este análisis consiste en ayudar a los países a definir mecanismos legislativos que faciliten la implementación de sus programas de

inmunización y aseguren la sostenibilidad a medida que se introducen nuevas vacunas y tecnologías. La aplicación de una mejor legislación sobre vacunas puede reducir los costos de transacción relacionados con la adquisición de vacunas e insumos de vacunación del país. La legislación contribuye también al financiamiento confiable y eficaz del programa y a la creación de un espacio fiscal destinado a la inmunización.

Entre los objetivos inmediatos se cuentan los siguientes:

- Comprender las prácticas actuales referentes al uso de la legislación sobre vacunas e inmunización.
- Identificar los instrumentos jurídicos utilizados por los países con el fin de respaldar la sostenibilidad de sus programas de inmunización.
- Evaluar la "calidad" de las leyes promulgadas sobre la vacunación, con base en los 11 criterios definidos como fundamentales y propuestos como puntos de referencia.
- Redactar un modelo preliminar de legislación que sirva como punto de referencia para compartir con los países miembros.

Metodología

Se realizó una encuesta en los países miembros sobre las leyes, los decretos y demás documentos jurídicos referentes a las vacunas y a la vacunación en los seres humanos. Veintiséis países confirmaron la existencia de una legislación y diecisiete de ellos remitieron copias de su legislación para su examen. Tres países informaron estar en el proceso de promulgación de leyes sobre vacunación. Las respuestas de la encuesta se complementaron con investigación en línea y en bibliotecas. Siguió un examen de los componentes y del lenguaje de la legislación, utilizando los 11 criterios fundamentales propuestos como puntos de referencia para evaluar la calidad de la ley. Los criterios se propusieron teniendo en cuenta la sostenibilidad y el funcionamiento del programa de inmunización y se organizaron de la siguiente manera:

1. Fundamento:
 - Provisión **gratuita** y **universal** de vacunas por parte del gobierno.
2. Recursos:
 - Una **línea presupuestaria** para las vacunas en el presupuesto general.
 - **Reglamentaciones de desembolso** que garanticen el desembolso oportuno y fiable de los recursos.

¹ Véase *Boletín de Inmunización*, volumen XXVII, número 5, octubre de 2005

² Comprende leyes, decretos y reglamentos de menor jerarquía en general.

- **Exoneraciones de impuestos** para las vacunas y los insumos para vacunación.
3. Adquisición:
- **Flexibilidad de contratación con los proveedores**, incluidos terceros interesados como el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.
 - **Facilidades de registro** sanitario.
 - **Regulaciones de aduana** que simplifican el proceso a fin de acelerar los mecanismos de importación y reducir los costos de transacción.
4. Inmunización:
- **Esquema de inmunización** existente.
 - **Reglamentación de entrega** a fin de garantizar un abastecimiento de vacunas fiable y seguro.
 - **Vacunación obligatoria**.
 - Mecanismos para **asegurar el cumplimiento** de la legislación.

Resultados preliminares

Al examinar los datos se encontró que la legislación sobre vacunación cubría los 11 criterios en grados variables; sin embargo, ninguno de los países que respondió integraba exhaustivamente todos los criterios en su legislación (cuadro 1).

La evaluación de la legislación existente y el reconocimiento de las fortalezas y debilidades de las leyes sobre inmunización existentes contribuyeron a la elaboración de un modelo de legislación preliminar.

Un resultado intermedio de este análisis ha sido la ampliación del apoyo técnico que la Unidad de Inmunización presta a los países miembros. En los últimos meses, la Unidad ha consultado con los países miembros que están llevando a cabo una reforma de su legislación sobre inmunización y financiamiento, lo cual está contribuyendo a reforzar

el financiamiento de los programas nacionales de inmunización y a mejorar la participación en el Fondo Rotatorio.

Inmunización sustentable

La encuesta inicial de la legislación sobre vacunas en las Américas aporta las bases para la elaboración de un conjunto de principios orientadores que servirá como fundamento para las consultas con países que buscan reforzar sus programas nacionales de inmunización por medio de instrumentos jurídicos. Con esta base, la Unidad de Inmunización está explorando nuevas oportunidades de consolidación de la autosuficiencia regional. La legislación sobre vacunación seguirá siendo esencial en el fortalecimiento de la sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización en las Américas. ■

Tabla 1. Análisis de la legislación en países seleccionados

	Chile	Ecuador	Paraguay	Perú	Venezuela	Ley	Decreto
Fecha de promulgación	2001	1997	2003	2002	1996		
Vacunación gratuita	✓	✓	✓	✓	✓	4	1
Línea presupuestaria	✓	✓	✓	✓	✓	5	
Regulaciones de desembolso	✓		✓			2	
Exenciones de impuestos				✓	✓	2	
Flexibilidad para contratar con proveedores		✓					1
Facilidades de registro	✓			✓		1	1
Regulaciones de aduana	✓			✓		1	1
Esquema de vacunación	✓		✓	✓		1	2
Regulaciones de entrega	✓	✓				1	1
Vacunación obligatoria	✓		✓	✓	✓	3	1
Cumplimiento de la ley	✓		✓		✓	2	1

La alianza de la OPS con GAVI

La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) es una iniciativa conjunta entre los gobiernos, los organismos internacionales, la industria, los institutos de investigación, la sociedad civil y las iniciativas filantrópicas de las empresas encaminada a salvar las vidas de los niños mediante el uso masivo de las vacunas. Hasta la fecha, el apoyo conjunto entre GAVI y la cooperación técnica de la OPS a los seis países beneficiarios de GAVI en América Latina y el Caribe (Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) ha incluido financiamiento por méritos a los esfuerzos en las siguientes áreas:

1. Alcanzar más niños con la cobertura completa de las vacunas básicas.
2. Subvenciones para mejorar la seguridad de las inyecciones.

3. Financiamiento para la introducción de nuevas vacunas.

El apoyo a los países proyectado por GAVI comprende, además de las modalidades existentes, fondos destinados al fortalecimiento de los sistemas de salud vinculados con mejorar el desempeño del programa de inmunización.

Entre 2000 y 2005, Bolivia, Cuba, Haití, Honduras y Nicaragua recibieron fondos destinados a mejorar la seguridad de las inyecciones mediante la introducción de las jeringas autodestructibles. Durante ese período, Guyana recibió apoyo destinado a la introducción de la vacuna pentavalente.² Haití sigue siendo elegible para recibir financiamiento de recompensa por cada niño adicional que complete el esquema de

vacunación. Estos fondos se pondrán al alcance de Haití cuando este país confirme el número real de niños adicionales vacunados con respecto a la cifra de referencia y una vez que satisfaga los requisitos de mejora de la calidad de los datos. A partir de 2006, además del financiamiento por mérito, todos los países de GAVI serán elegibles para recibir apoyo para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la introducción de nuevas vacunas; Guyana tendrá derecho a solicitar una subvención para la seguridad de las inyecciones; y Bolivia, Honduras y Nicaragua podrán recibir financiamiento para vacunas con el componente antisarampionoso.

El Fondo Rotatorio seguirá desempeñando una función clave de apoyo a los países beneficiarios de GAVI en la introducción de vacunas de nueva generación contra el rotavirus y el neumococo.

GAVI ha generado varias herramientas útiles para el fortalecimiento de la planificación y

¹ Véase Boletín PAI, volumen XXII, número 1, febrero de 2000.

² *Contra difteria, tétanos y pertussis (tos ferina) + hepatitis B + Haemophilus influenzae de tipo b.*

Resumen anual de los indicadores de vigilancia de las PFA y el sarampión/rubéola, 2005

Indicadores de la vigilancia de las PFA (Parálisis Flácida Aguda) (Período entre las semanas epidemiológicas 01 a 52 2005)

País	Número de casos	Tasa de PFA por 100.000 <15 años de edad	% de casos investigados <48 horas	% con 1 muestra tomada dentro de 14 días del inicio	% de sitios notificando
Argentina	138	1.35	90	65	69
Bolivia	48	1.34	96	77	73
Brasil	609	1.11	98	74	95
Canadá	...	...	...	...	...
CAREC	28	0.89 ^b	93	68	100
Chile	98	2.28	80	89	98
Colombia	136	0.97	69	83	93
Costa Rica	18	1.46	56	78	82
Cuba	31	1.42	100	97	100
Ecuador	39	0.92	95	69	71
El Salvador	129	5.52	95	92	83
EUA	...	...	...	...	...
Guatemala	102	2.24	92	81	56
Haití	8	0.20	88	13	...
Honduras	93	3.23	97	96	35
México	471	1.48	97	81	90
Nicaragua	31	1.45	100	100	100
Panamá	7	0.71	86	71	94
Paraguay	12	0.60	83	75	91
Perú	84	0.93	89	76	...
República Dominicana	18	0.58	89	67	79
Uruguay	10	1.22	100	70	82
Venezuela	113	1.36	93	80	86
Total	2223	1.32	93 ^a	79 ^a	87 ^a

... no disponible

^a no incluye Costa Rica.^b 18 casos de PFA en niños de menos de 15 años.

Indicadores de la vigilancia del sarampión/rubéola (Período entre las semanas epidemiológicas 01 a 52 2005)

País	% de sitios notificando semanalmente	% de casos con visita domiciliaria oportuna	% de casos con muestra adecuada	% de muestras que llegan al lab. <5 días	% de resultados de lab. notificados <4 días	% de casos descartados por laboratorio
Argentina	81	5	93	74	87	99
Bolivia	18	97	98	85	72	100
Brasil	91	76 ^a	79	46	91	95
Canadá	...	...	...	...	...	...
CAREC	100	79	95	25	95	99
Chile	99	15	86	76	96	99
Colombia	93	49	92	78	89	96
Costa Rica	85	95	100	84	83	87
Cuba	95	81 ^a	100	20	100	83
Ecuador	70	60	99	80	88	99
El Salvador	83	56	97	86	90	100
EUA	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	...	...	...	...	...	...
Guatemala	55	93	99	69	84	100
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...
Haití	94	98	95	58	47	89
Honduras	89	88	99	70	88	99
Martinica	...	...	...	...	...	...
México	93	99 ^b	98	93	77	99
Nicaragua	100	61	100	75	89	100
Panamá	94	85	96	64	88	98
Paraguay	91	75	99	90	100	98
Perú	98	88	86	77	51	90
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	79	60	100	54	69	96
Uruguay	45	...	100	100	88	100
Venezuela	86	81	95	61	64	96
Total/Average	78	77	86	61	81	95

... no disponible ^a se incluye información sobre búsqueda activa de casos. ^b considera solamente visitas domiciliarias dentro de las 48 horas desde la notificación.

ALIANZA DE LA OPS CON GAVI Cont. página 6

el desempeño de inmunización en países de escasos recursos.³ Dos de estas herramientas, un instrumento de autoevaluación de la calidad de datos y una hoja de cálculo para determinar los costos del programa de inmunización, pueden adaptarse fácilmente a todos los países que deseen

³ Véase *Boletín de inmunización*, volumen XXVIII, número 1, febrero de 2006.

fortalecer la notificación de datos administrativos y la planificación económica basada en costos dentro de los programas nacionales de inmunización. De esta manera, los recursos aportados por la colaboración entre la OPS y GAVI representan un beneficio potencial para toda la Región.

El desafío de introducir vacunas de nueva generación en toda la Región manteniendo al

mismo tiempo los progresos logrados gracias al apoyo de la OPS y GAVI a los países beneficiarios exigirá una colaboración aun más sólida y más amplia. La OPS mira con optimismo esta nueva era de apoyo a los países y pondrá al alcance de éstos la asistencia técnica y de otro tipo necesaria para sacar el máximo provecho de los aportes de GAVI a América Latina y al Caribe. ■

Erradicación de la poliomielitis y riesgo de propagación internacional del poliovirus salvaje

El 27 de abril de 2006, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en una comunicación a los Estados Miembros y Miembros Asociados, señaló un nuevo riesgo de propagación internacional del poliovirus salvaje.

El análisis de la información de 2006 hasta la fecha muestra un mayor control de los poliovirus en tres de los cuatro países todavía endémicos. El control se ha reforzado en la mayoría de las zonas de Nigeria. En algunos estados del norte del país, sin embargo, la incidencia de poliomielitis es mayor que en la misma época en los tres años precedentes. En 2006 ha seguido habiendo exportación de casos de esas zonas a Níger. El riesgo más importante de una nueva propagación internacional del poliovirus salvaje se centra en el norte de Nigeria.

En respuesta a ello, se han previsto amplias campañas contra la poliomielitis en los estados afectados para mayo y junio 2006, antes del comienzo, a mediados de año, de la estación de alta transmisión del poliovirus. Teniendo en cuenta que la transmisión más intensa se da en el centro urbano de Kano, el Gobierno de ese estado ha decidido llevar a cabo allí una ronda adicional de vacunación antipoliomielítica a mediados de abril.

La OMS seguirá vigilando estrechamente el riesgo de nueva propagación internacional del poliovirus salvaje y asesorará en consecuencia a los Estados Miembros y Miembros Asociados.

El *Boletín de Inmunización* 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.

ISSN 1814-6252

Volumen XXVIII, Número 2 • Abril de 2006

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Inmunización

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