



Quinta Semana Anual de Vacunación en las Américas

Informe final



21 a 28 de abril de 2007

Semana de Vacunación en las Américas 2007

Quinto Aniversario

Más de 195 millones de personas vacunadas en 5 años.
45 países y territorios de la Región comprometidos.
Más de 45 lanzamientos en fronteras trinacional y binacional.

Antecedentes

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) surge como una propuesta de los ministros de salud de los países andinos para controlar un brote de sarampión ocurrido en Venezuela y Colombia durante el año 2002. Se convierte en una iniciativa continental en el año 2003, cuando fue aprobada la Resolución CD44.R1 por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A través de sus cinco años de existencia, la SVA se ha consolidado en la Región. El compromiso político de los gobiernos para mantener la vacunación como un bien público regional se ha manifestado por medio de la alta prioridad política, la movilización de recursos, la coordinación y cooperación interagencial y la coordinación interfronteriza, fomentando así el Panamericanismo.

Asimismo, la SVA es un instrumento para mantener los logros del Programa Ampliado de Inmunización, abordar la agenda inconclusa y ser una plataforma para la introducción de vacunas nuevas y subutilizadas. Hace especial énfasis en la identificación de poblaciones vulnerables, con poco acceso a la vacunación, que se encuentran en áreas remotas, urbano-marginales, fronteras, municipios con bajas coberturas y comunidades indígenas.

Objetivos

- Promover la equidad y el acceso a la inmunización.
- Apoyar la transición de la vacunación del niño a la de la familia.
- Mantener la vacunación en la agenda política.
- Mantener la Región libre de poliomielitis y sarampión autóctono.
- Apoyar la ejecución de planes para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC).
- Apoyar la introducción de vacunas nuevas o subutilizadas.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- Promover la coordinación interfronteriza.

Estrategias

En la ejecución de la SVA, se han identificado estrategias fundamentales y tácticas que han permitido la consecución de los objetivos mencionados, a saber:

1. La vacunación institucional, la cual durante el periodo de la SVA se intensifica como resultado de la difusión y comunicación social.
2. Las acciones de vacunación intensiva utilizan tácticas como la vacunación casa a casa o en puestos itinerantes en paradas de buses, escuelas, universidades y centros de trabajo para vacunar a poblaciones en situación de alto riesgo por ocupación laboral como trabajadores de salud y avícolas, trabajadores del sector turismo y hotelero, policías y guardias de prisión. También utilizan brigadas o equipos móviles que se trasladan a áreas de difícil acceso como comunidades indígenas o población de frontera.

Como eje transversal a estas dos estrategias, se encuentran las acciones de sensibilización y/o promoción de la importancia de la vacunación. Los Estados Unidos y países del Caribe de habla inglés realizaron actividades de comunicación y movilización social. En otros países de la Región, la promoción permitió dar a conocer la SVA en la comunidad, incrementar la oferta de la vacuna en los puestos de salud y sensibilizar a las personas reuentes a la vacuna para lo cual se diseñaron mensajes específicos.

Con la implementación de estas estrategias, la SVA ha contribuido a fortalecer el programa regular de inmunización, mejorar las coberturas de vacunación y llegar a poblaciones de difícil acceso. Igualmente se incrementó la demanda espontánea, con mayor afluencia de hombres, mujeres y niños a los establecimientos de salud buscando ser vacunados contra diversas enfermedades.

Asimismo, los países de la Región ajustaron o complementaron con otras estrategias sus planes de acción, según sus necesidades locales y para dar cumplimiento a sus metas. Así se destacan las siguientes:

- Micro planificación ajustada a la dinámica poblacional, que ha permitido la vacunación en poblaciones vulnerables, en situación de alto riesgo o transeúntes, pudiéndose identificar sitios y días de mayor concentración de personas.
- Coordinación e integración interinstitucional a nivel del sector salud (sistema nacional y comités locales) y con otros sectores del estado como educación o las Fuerzas Armadas para la vacunación a escolares, militares y trabajadores de los hoteles en el sector privado.
- Movilización social, que permitió la adherencia y participación de las autoridades locales (alcaldes y/o presidentes de región o departamento según sea el caso por país), líderes comunitarios y de opinión, la sociedad civil y la comunidad en general a la SVA, lo cual facilitó la ejecución de la mayoría de las actividades extra murales y de prevención. También, se logró generar una corriente de

opinión positiva hacia la vacunación mediante su apoyo constante en las actividades de información y difusión, principalmente en áreas de población dispersa o de difícil acceso.

- Capacitación, que es una de las actividades recurrentes de cada SVA y implica la incorporación y entrenamiento oportuno de los trabajadores de salud, brigadistas, promotores y agentes comunitarios de salud, quienes son los responsables directos de ejecutar las actividades de vacunación y de prevención.

Planificación

La OPS en su calidad de agencia de cooperación técnica apoya a los países en la organización de la SVA, desde el proceso de planificación, movilización de recursos, realización de una campaña de comunicación social, adquisición de insumos y evaluación de las actividades de vacunación. También, realiza actividades de coordinación interagencial y desempeña acciones de abogacía para lograr la participación de otras instituciones. Adicionalmente, la OPS desplaza consultores regionales a los diferentes países para apoyarlos en el proceso de organización e implementación de la SVA.

En relación a la movilización de recursos, éstos se destinan regularmente para las actividades operativas y de comunicación social, especialmente para los países prioritarios (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua). Este apoyo es posible gracias a una red de socios involucrados en la salud de los pueblos de las Américas, en la cual se puede destacar la presencia de:

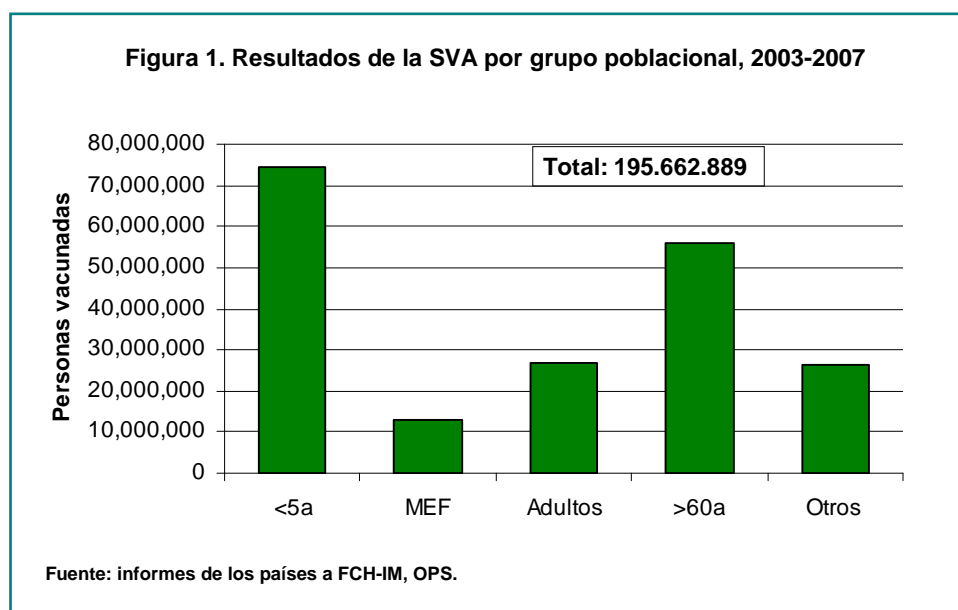
- Centros de Control y Prevención de las Enfermedades de los EUA (CDC);
- Alianza Mundial para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI);
- Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA);
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);
- Fundación de las Naciones Unidas (UNF);
- Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI);
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID);
- Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (LDS);
- Fundación Alas;
- Instituto de Vacunas Sabin (SVI);
- March of Dimes;
- la Red Latinoamericana de Municipios;
- las escuelas promotoras de la salud;
- los socios locales; y
- otras organizaciones no-gubernamentales.

Los países son los gestores y ejecutores de la SVA. En ese sentido, las actividades de la SVA son incluidas en sus Planes de Acción anual con presupuesto nacional, dando prioridad a la vacunación de poblaciones vulnerables y/o grupos de mayor riesgo. Igualmente, los países participan de manera flexible y de acuerdo a las necesidades nacionales a través de actividades como campañas nacionales de seguimiento contra

sarampión, campañas contra rubéola o polio, campañas contra influenza para mayores de 60 años y otras poblaciones en riesgo, campañas contra fiebre amarilla y la intensificación de la vacunación en municipios con bajas coberturas.

Resultados y logros 2003-2007

La participación de los países y/o territorios se ha incrementado en los cinco años de existencia de la SVA. Diecinueve países participaron en el año 2003 y, en el año 2007, el número creció a 45. En 2004, cuatro países incluyeron actividades integrales a sus campañas de vacunación, número que creció a 6 en 2007. Entre el 2003 y 2007, 195.662.889 personas fueron vacunadas en el marco de la SVA (figura 1).



Entre los logros alcanzados se puede distinguir:

- La contribución a la reducción de inequidades en vacunación, sobretodo en áreas de difícil acceso. Entre 2004 y 2007, los países reportaron 126.988 niños de 1 a 4 años que empezaron o completaron su vacunación con DTP-pentavalente durante la SVA.¹ Similarmente, los países reportaron en este mismo periodo 2.479.695 mujeres en edad fértil (MEF) que recibieron dosis de toxoide diftérico² en municipios de alto riesgo de tétanos neonatal.

¹ Países que reportaron: Brasil (2006), Colombia (2004), Cuba (2004), Guatemala (2004-2006), Haití (2005-2006), Honduras (2004-2005 y 2007), Jamaica (2004 y 2006), México (2005-2006), Nicaragua (2004), Panamá (2005 y 2007), Paraguay (2004 y 2005), Perú (2007) y Venezuela (2007).

² Países que reportaron: Anguila (2007), Bolivia (2004), Brasil (2006-2007), Colombia (2004-2005), Costa Rica (2007), El Salvador (2007), Granada (2007), Guatemala (2004-2006), Haití (2006), Honduras (2004-2007), México (2005-2007), Panamá (2005 y 2007), Paraguay (2004, 2006, 2007), República Dominicana (2007), Venezuela (2004).

- La coordinación íter-fronteriza es una herramienta para promover el Panamericanismo y establecer relaciones permanentes entre líderes y comunidades fronterizas. Entre el 2003 y 2007 se realizaron 45 eventos fronterizos binacionales y trinacionales en la región.
- La alta prioridad política dada a la vacunación durante los cinco años de la SVA se hizo evidente con la participación de 20 Presidentes y Vice Presidentes, así como Primeras Damas, Ministros de Salud, alcaldes y representantes de organizaciones internacionales en los diferentes eventos de lanzamiento y otras actividades de la SVA.
- La SVA permitió mejorar la cooperación interagencial y la movilización de recursos. Todos los países contribuyeron con recursos financieros provenientes de sus respectivos presupuestos nacionales. Durante los últimos cinco años se ha movilizadado aproximadamente 1,8 millones de dólares de fondos externos, gracias al apoyo de la red de socios involucrados con la salud de los pueblos de la Región para actividades operativas y de comunicación social.
- La SVA ha sido una oportunidad para integrar otras actividades de salud pública tales como provisión de vitamina A y otros micros nutrientes, exámenes de ojo, y administración de antiparasitarios y sales de rehidratación oral. Hasta el 2007, por ejemplo, se han administrado 20.874.209 dosis de vitamina A y 30.513.046 dosis de antiparasitarios³.
- La SVA ha permitido la transición de la vacunación infantil hacia la salud familiar, con la vacunación de otros grupos como adultos jóvenes contra sarampión, rubéola, y fiebre amarilla y personas mayores de 60 años contra la influenza.

El cuadro 1 resume las metas y los logros de la SVA 2007.

³ Países que reportaron: Bolivia (2005), Guatemala (2005-2006), Haití (2007), Honduras (2005-2007), México (2005-2007), Nicaragua (2005-2007), Panamá (2006-2007), República Dominicana (2006-2007).

Cuadro 1. Resumen de metas y logros de la Semana de Vacunación en las Américas, 2003-2007*

Metas	2003	2004	2005	2006	2007*
Eliminación de la rubéola		ECU, ELS	PAR	BOL	CUB, DOR, ELS, GUT, HAI, MEX
Campañas de seguimiento - sarampión	BOL, MEX, PAR	HON, NIC	ARG, SUR	COL, MEX, URU, VEN	COR, DOR, NIC, PAN, PAR
Erradicación de la poliomielitis	MEX, VEN	VEN	COL, CUB, DOR, HON, VEN	CUB, DOR, ELS, GUT, HON	CUB, HON, MEX, NIC
Disminución del riesgo de fiebre amarilla	VEN	VEN	COL, PER, VEN	COL, PER	BOL, ECU, PAR, PER
Prevención de la influenza		BRA, CHI	BRA, PAN	ARG, BRA, CHI, PAN, PAR, URU	ARG, BRA, CHI, COL, COR, GRE, PAN, PAR
Completar esquemas	VEN	CUB	BAH, GUT, COL	PER	ARG, COL, DOR, HON, NIC, PAN, PAR, PER, VEN
Control del tétanos	MEX, VEN		COL, PAN	ECU, PAR	ANG, BRA, COR, DOR, GRE, MEX, NIC, PAR, PAN, VEN
Introducción de nuevas vacunas		DOR (SR)	GUT (Pentavalent)	PAN (rotavirus, influenza)	PAN (hepatitis A) VEN (rotavirus)
Intervenciones en comunidades indígenas			BRA	BRA	BRA, PAR

Logros	2003	2004	2005	2006	2007*
Población vacunada	16.825.888	43.749.720	38.172.925	49.219.552	47.694.804
Países y territorios participantes	19	35	36 (12 con campañas de sensibilización)	39 (16 con campañas de sensibilización)	45 (8 con campañas de sensibilización)
Países con actividades integradas	0	4	5	7	6
Movilización de recursos	77.040	1.400.000	737.865	400.000	435.280
Coordinación intrafronteriza		22	8	4	11
Presidentes, Vice Presidentes		5	5	4	6

* datos preliminares al 24 de septiembre de 2007.

SVA 2007: Quinto aniversario

Para la celebración del quinto aniversario de la SVA, los países consideraron como meta vacunar a 55.443.100 personas, incluyendo niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, haciendo énfasis en la transición de la vacunación de los niños a la de la familia. Para ello, se utilizó vacunas contra la poliomielitis, la rubéola y el SRC, el sarampión, la difteria, la parotiditis, la tos ferina, el tétanos neonatal, el *Haemophilus influenzae* tipo b y la fiebre amarilla. Igualmente, algunos países introdujeron nuevas vacunas tales como las contra influenza, hepatitis A y rotavirus.

El lanzamiento regional de la SVA 2007 se realizó en la triple frontera compartida por Argentina, Brasil y Paraguay. Esta frontera fue escenario de un encuentro entre los ministros de salud de estos tres países, Dr. Ginés González García (Argentina), Dr. José Gomes Temporão (Brasil) y Dr. Oscar Martínez Doldán (Paraguay), la Directora de la OPS, Dra. Mirta Roses, el Director de UNICEF para la región de América Latina y el Caribe, Dr. Nils Kastberg, el representante del CDC, Dr. Vance Dietz y el representante del Banco Interamericano de Desarrollo, Dr. Marco Ferroni. También, participaron funcionarios de los gobiernos nacionales, las autoridades departamentales y locales, así como organizaciones no gubernamentales, asociaciones indígenas, trabajadores de salud y voluntarios. Asimismo, se contó con la participación del cantante Ricardo Montaner en representación de la Fundación Alas, la cual está conformada por artistas latinoamericanos que luchan por la niñez del continente.

Como todos los años, otras fronteras de las Américas también realizaron actividades de coordinación o lanzamientos para mantener la inmunización en la agenda política y fortalecer la cooperación entre países. Las ministras de salud de Honduras, Dra. Jenny Mercedes Meza, y Nicaragua, Dra. Maritza Cuan Machado, presidieron un evento celebrando el quinto aniversario de la SVA y las jornadas de salud que se realizaron al mismo tiempo en ambos países. Otras fronteras que realizaron eventos similares incluyen Guatemala-El Salvador, Honduras-Guatemala, El Salvador-Honduras, Estados Unidos-México, Perú-Bolivia y Panamá-Costa Rica.

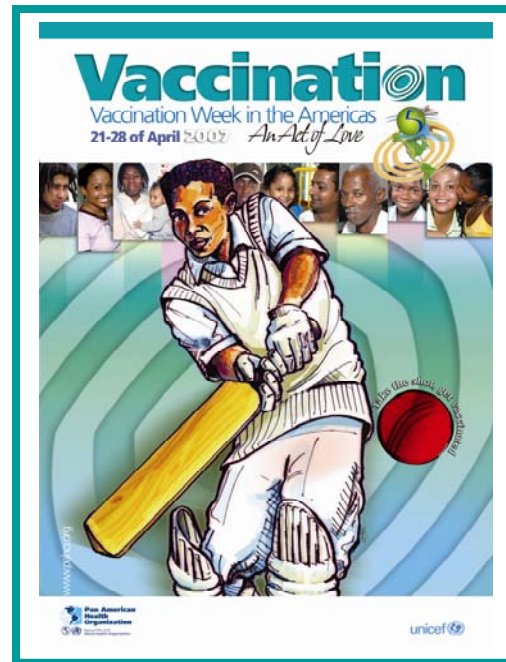
Similarmente, en eventos nacionales de lanzamiento se contó con la participación de altos funcionarios del gobierno. El presidente de Guatemala, Oscar Berger, estuvo presente en la apertura de la campaña nacional para la eliminación de la rubéola y el SRC. El presidente de Panamá, Martín Torrijos, presidió el lanzamiento de la campaña, la cual buscó vacunar a personas que se encuentran en áreas de difícil acceso, como las zonas fronterizas con Costa Rica y Colombia. La primera dama de Perú, Pilar Nores, participó en el lanzamiento de la SVA en su país, así como el vicepresidente ecuatoriano Lenin Morenos y la ministra de salud Carolina Chang, para celebrar el comienzo de la campaña contra la hepatitis B. En la mayoría de los países del Caribe, los eventos de apertura contaron con la participación de los ministros de salud. Para toda la Región de las Américas se tuvo la participación de 28 ministros de salud.

a. Copa Mundial de Críquet

Los países del Caribe Inglés aprovecharon la SVA para fortalecer la vigilancia epidemiológica y prevenir la importación de enfermedades prevenibles por vacunación durante la Copa Mundial de Críquet, la cual se celebró en nueve países entre los meses de marzo y abril de 2007 y concluyó durante la SVA. La mayoría de estos países desarrollaron campañas de comunicación social con el objetivo de sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la vacunación.

Durante la 23ª Reunión de Gerentes del Programa Ampliado de Inmunización del Caribe, en noviembre 2006, 22 países de la subregión caribeña firmaron la declaración de Paramaribo en apoyo de las actividades de la Copa Mundial de Críquet 2007.

Los gerentes PAI reconocieron que este evento era importante para la sub-región y que a su vez representaba una importante oportunidad para proteger los logros de la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión y la rubéola/SRC, y prevenir importaciones de enfermedades prevenibles por vacunación.

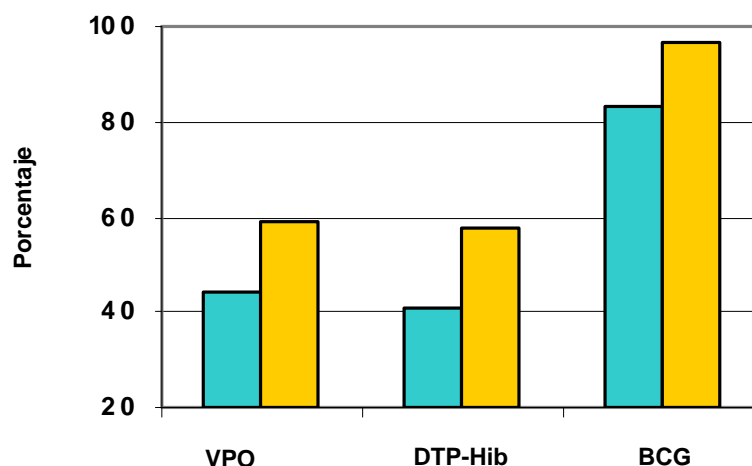


b. Resultados

Como resultado de la SVA 2007 un total de 47.694.804 personas fueron vacunadas en toda la Región (cuadro 2). Los resultados de la 5.ª SVA han contribuido a atender la agenda inconclusa, consolidar los logros y enfrentar los nuevos desafíos en vacunación que los países de la Región enfrentan. Así, se tienen los siguientes resultados específicos:

1. Agenda inconclusa: mejorar coberturas en poblaciones de alto riesgo, aisladas, fronteras e indígenas. Vacunación contra fiebre amarilla, influenza, rubéola y tétanos materno y neonatal.
 - Brasil (figura 2) y Paraguay priorizaron sus actividades de vacunación en **comunidades indígenas** llegando a vacunar 138.369 y 15.321 indígenas, respectivamente, con vacunas contra la influenza, fiebre amarilla, tétanos, hepatitis B, neumococo y varicela.

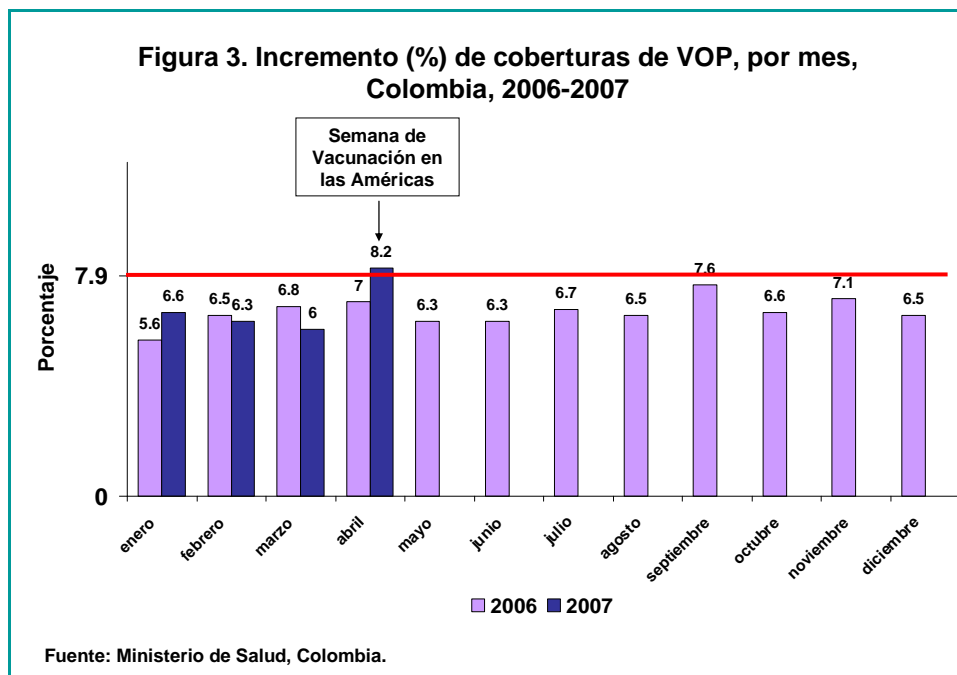
Figura 2. Cobertura vacunal pre y post SVA en niños menores de 1 año en comunidades indígenas, Brasil, mayo 2007



Fuente: Ministerio de Salud, Brazil.

- Para la prevención de la **fiebre amarilla**, 3 países implementaron campañas de alcance regional y/o nacional. Bolivia vacunó a 5.052.932 hombres, mujeres y niños con edades comprendidas entre 2 y 44 años. Ecuador vacunó a 3.351.262 personas, mientras que Perú avanzó en la vacunación contra la fiebre amarilla en las áreas de riesgo vacunando a 860.111 personas.
 - Los países también vacunaron contra la **influenza estacional**: Argentina vacunó a 378.325 adultos mayores de 65 años y 388.033 personas en grupos de alto riesgo, en tanto que Chile vacunó a 2.748.203 personas incluyendo enfermos crónicos, embarazadas, adultos mayores, niños y personal de salud en todo su territorio nacional. Costa Rica administró 27.000 dosis de influenza a sus trabajadores de salud; Brasil vacunó a 13.830.792 millones de su población mayor de 60 años y Colombia vacunó a 417.348 niños de 6 a 18 meses. Panama y Paraguay vacunaron 3.522.760 y 222.169.760 personas, respectivamente. Granada introdujo la vacuna contra la influenza vacunando a 668 adultos mayores.
 - Guatemala vacunó a 7.172.847 millones de hombres y mujeres contra el sarampión y la rubéola, como parte del objetivo regional de **eliminar la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita** para el 2010. Haití implementó una campaña piloto vacunando a 99.526 personas cuyas edades fluctuaron entre los 1 y 19 años.
 - Para la **eliminación del tétanos**, Paraguay vacunó a 396.802 hombres y mujeres de 20 a 29 años y grupos de riesgo como las poblaciones indígenas y fronterizas. Nicaragua administró 791.329 dosis de Td (toxoides tetánico y diftérico) a adolescentes entre 10 y 14, MEF y otros grupos de riesgo. La República Dominicana vacunó a 116.740 MEF en todo su territorio nacional.
2. Proteger los logros: erradicación de la polio, eliminación del sarampión, control de la difteria y hepatitis B y completar los esquemas de vacunación.

- Para mantener el logro de la **erradicación de la poliomielitis** salvaje en las Américas, Cuba vacunó a 363.057 niños mayores de 3 años, administrando un refuerzo con la vacuna antipoliomielítica. México vacunó a 5.988.966 niños menores de 5 años; Haití vacunó a 27,776, lo cual representa una cobertura del 111%; Honduras vacunó a 875,286 y la República Dominicana vacunó a 97.008 niños.
- Para la **eliminación del sarampión**, 7 países vacunaron con SR o SRP a niños de 1 año, jóvenes y adultos. Para los niños de 1 año, Nicaragua vacunó a 26.232, Paraguay a 14.505, Panamá a 4.977 y la República Dominicana a 37.046. Cuba vacunó a 168,762 jóvenes. Costa Rica aplicó 7.200 dosis en las escuelas. México y Panamá alcanzaron un total de 306.305 y 12.278 adultos, respectivamente. Jamaica vacunó 9.120 trabajadores en los sectores de turismo y hotel.
- Para **completar esquemas** de acuerdo a las diferentes edades, países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela aplicaron todos los antígenos. Por ejemplo, Perú completó esquemas con vacunas contra la polio, DTP, SRP y fiebre amarilla, vacunando a 180.119 niños entre 1 y 2 años; Honduras y Paraguay identificaron 2.890 y 1.271 niños, respectivamente, con esquemas atrasados con Pentavalente en el grupo de 1 a 4 años, en tanto que la República Dominicana vacunó a 27.850 niños de 24 meses y más con SRP. Asimismo, Ecuador vacunó a 250.911 estudiantes contra la **hepatitis B**. Colombia ha incrementado coberturas contra la polio de 7% a 8,2% durante el mes de abril que coincide con la SVA (figura 3).



3. Nuevos desafíos: La SVA ha sido una plataforma para la introducción de nuevas vacunas en los países siguientes:

- Panamá introdujo la vacuna contra la **hepatitis A**, vacunando a 5.590 niños menores de dos años con una primera dosis y un refuerzo.
- Venezuela reintrodujo la vacuna contra el **rotavirus**, vacunando a 47.217 niños entre 2 y 3 meses, lo cual representa un cumplimiento del 96,39% de la meta establecida.

En el cuadro 2 figura el número de personas vacunadas por población objetivo y país.

Cuadro 2. Personas vacunadas por población objetivo y país

País	0-12 meses	1-4 años	<5 años	>5 años	MEF Td ^a	>60 años influenza	Adulto SR/SRP	Poblaciones indígenas	Ocupación de alto riesgo ^b	Fiebre amarilla	Otros ^c	TOTAL
Anguilla					185		278					463
Antigua y Barbuda	Campaña de sensibilización											
Antillas Neerlandesas	Campaña de sensibilización											
- Bonaire	Campaña de sensibilización											
- Curaçao	Campaña de sensibilización											
- St. Maarten	Campaña de sensibilización											
Argentina	36.940	26.776				378.325					413.089	855.130
Aruba	Campaña de sensibilización											
Bahamas			1.226								1.887	3.113
Barbados	Campaña de sensibilización											
Belize	Campaña de sensibilización											
Bermuda	Campaña de sensibilización											
Bolivia										5.052.932		5.052.932
Brasil						13.830.792		138.369				13.969.161
Canadá	Campaña de sensibilización											
Chile ^d											2.748.203	2.748.203
Colombia	763.621	471.348										1.234.969
Costa Rica		5,181		18,537	11,337				27,000			62,055
Cuba			363.057				168.762					531.819
Dominica	Campaña de sensibilización											
Ecuador										3.351.262	250.911	3.602.173
El Salvador			23.612								158.256	181.868
Estados Unidos	Campaña de sensibilización											
Granada			26		40	668	21		248			1.003
Guatemala ^e							7.172.847					7.172.847
Guyana											1.512	1.512
Haití ^f		27.776									99.526	127.302
Honduras	156,921	718,356			6,930							882,207
Islas Caimán	Campaña de sensibilización											

País	0-12 meses	1-4 años	<5 años	>5 años	MEF Td ^a	>60 años influenza	Adulto SR/SRP	Poblaciones indígenas	Ocupación de alto riesgo ^b	Fiebre amarilla	Otros ^c	TOTAL
Jamaica							9.120		19.065	62		28.247
México ^g			5.988.966	59.251	628.702		306.305					6.983.224
Montserrat			62								55	117
Nicaragua ^h	82.905	61.755	630.585		791.329							1.566.574
Panamá	5.338		18.755		19.257	3.522	12.278			2.135	27.431	88.716
Paraguay	26.949	145.905			231.259	222.169		15.321	57.070		165.543	864.216
Perú		90.640								860.111		950.751
Rep. Dominicana	188.064	37.046			116.740							341.850
St. Kitts y Nevis							490					490
Sta. Lucia	Campaña de sensibilización											
San Vicente y Granadinas	Campaña de sensibilización											
Suriname			641									641
Trinidad y Tabago	Campaña de sensibilización											
Venezuela	63.199	201.767	75.886		24.829	1.682				27.526	48.332	443.221
TOTAL	1,323,937	1,786,550	7,102,816	77,788	2,004,663	14,437,158	7,670,101	153,690	103,383	9,294,028	3,756,489	47,694,804

^a MEF vacunadas con toxoide tetánico diftérico adulto.

^b ocupaciones de alto riesgo: policías, trabajadores de salud, de aduanas y migración y de hoteles, quienes fueron vacunados en el marco de la Copa de Críquet. También, población en situación de riesgo para influenza (trabajadores de salud y avícolas e inmunocomprometidos).

^c otras poblaciones incluyen: adultos contra hepatitis B, hombres contra el tétanos residentes en zonas urbanas, urbano marginales, rurales y fronterizas, población susceptible a SRP de distintas edades, población susceptible a hepatitis B de distintas edades, a meningitis meningocócica de distintas edades e influenza <60 años.

^d incluye diferentes grupos de alto riesgo.

^e hombres y mujeres entre 9 y 39 años vacunados con SRP.

^f niños y adolescentes entre 1-19 años vacunados con SRP.

^g México celebró la SVA en el mes de mayo como parte de la Semana Nacional de Salud.

^h Td es para MEF, niños entre 10-14 años y grupos en situación de riesgo.

Fuente: informes de países hasta el 24 de septiembre del 2007 a la Unidad de Inmunización, OPS.

Por último, en relación a los antígenos que cada país administró durante la SVA se tiene que influenza y fiebre amarilla representan las más altas cantidades de dosis administradas con 18.724.234 y 9.306.090 respectivamente; esto obedece a las campañas a nivel nacional que países como Argentina, Brasil y Chile (para influenza) y Bolivia o Perú (para fiebre amarilla) ejecutaron en sus territorios. También, se puede observar la administración de más de 8 millones de dosis de polio por parte de países como Honduras, México o Nicaragua y la administración de 7,6 millones de dosis de SR que fueron aplicadas a poblaciones susceptibles de distintas edades inclusive (Guatemala, Panamá y Venezuela, por ejemplo). Para el caso de Td, administrado en más de 2 millones de dosis, países como Brasil y Paraguay vacunaron con este antígeno a poblaciones vulnerables como indígenas y residentes de zonas rurales y de fronteras y países como Nicaragua o Panamá aplicaron Td a adolescentes y adultos, varones inclusive (cuadro 3).

Cuadro 3. Número de dosis por antígeno y país, administradas durante la SVA 2007

País	SRP	SR	DTP	DT	Td	TT	Hib	Hepatitis B	Tetravalente
Anguilla	278				463			278	
Argentina	26.776				25.056			38.873	
Bahamas	611		1.118	259	168		1.096	1.887	
Bolivia									
Brasil	14.851		5.609		14.224			16.261	5.421
Chile									
Colombia	251.583		257.837				256.319	258.173	
Costa Rica	7.200				11.337				
Cuba	168.762								
Ecuador								250.911	
El Salvador	13.295	3.824	12.493	3.447	158.256	6.412		4.545	
Granada	21			7				248	
Guatemala		7.172.847							
Guyana	210		110	191					
Haití		99.526							
Honduras			2.890		6.930				
Jamaica	9.120				9.332			102	
México	120.531	306.305	184.320		628.702			59.251	
Nicaragua	26.232		35.523		791.329				
Panamá	9.528	9.813	1.665		21.664			4.856	1.225
Paraguay	29.749				396.802				
Peru	74.710		8.008						
Rep. Dominicana	9.196	27.850	22.545	116.740				19.135	
St. Kitts y Nevis	490								
Suriname	502		641					5	
Venezuela	10.828	17.940	3.816		24.829		187.123	30.268	
TOTAL	622.434	7.610.352	536.575	120.644	2.089.092	6.412	444.538	684.739	6.646

Cuadro 3. Número de dosis por antígeno y país, administradas durante la SVA 2007 (continuación)

País	Poliomielitis	BCG	Fiebre amarilla	Influenza	Rotavirus	Neumococo	Varicela	Meningococcal
Anguilla	185							
Argentina	36.940	6.357		981.699				
Bahamas	1.226			268				
Bolivia			5.052.932					
Brasil		2.703	11.881	13.962.440	979	18.010	16.871	
Chile				2.748.203				
Colombia	250.810	254.201		471.348				
Costa Rica				27.000				
Cuba	363.057							
Ecuador			3.351.262					
El Salvador	23.612	727		60	5.352			
Granada	19			668				
Guatemala								
Guyana	568	80	148					
Haití	27.776							
Honduras	875.560							
Jamaica	9.733		62					
México	5.988.966	48.156						
Nicaragua	630.585				27.538			
Panamá	5.814	217	2.135	21.261	788			
Paraguay	38.498	12.849		509.605				
Peru	7.922		860.111					
Rep. Dominicana	97.008	29.833						
St.Kitts y Nevis								
Suriname			33					
Venezuela	75.886	63	27.526	1.682	47.217			124
TOTAL	8.434.165	355.186	9.306.090	18.724.234	81.874	18.010	16.871	124

c. Cumplimiento de los indicadores de la SVA

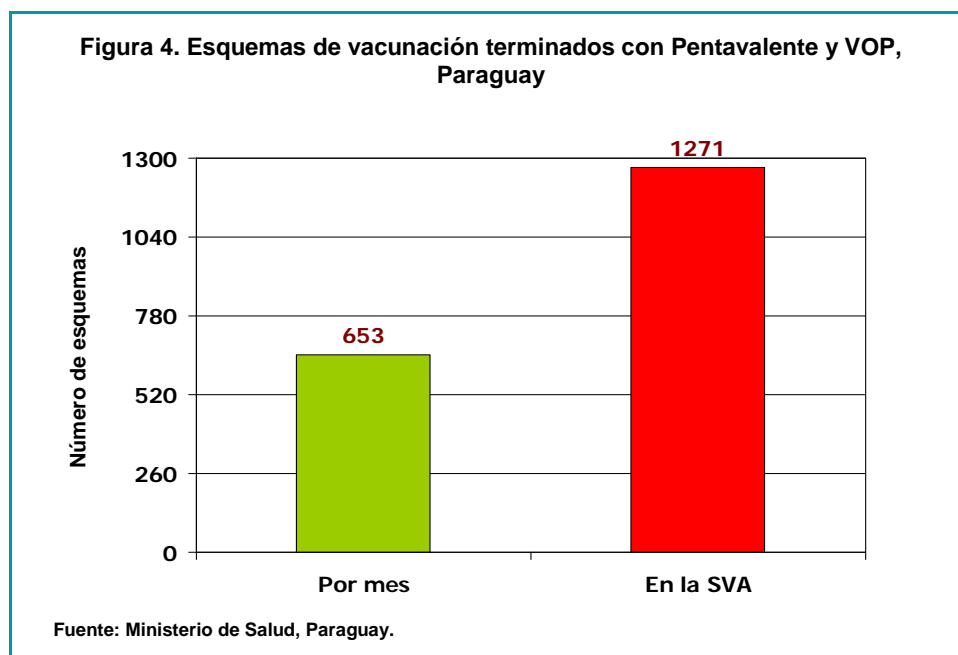
Los países han definido los siguientes indicadores para medir los resultados de la SVA, promoviendo la colección de la información desde los niveles locales, el análisis a nivel nacional y el reporte internacional.

- Numero y porcentaje de niños de 1 a 4 años con primera, segunda y tercera dosis de DTP/Pentavalente (para medir 0 dosis, esquemas atrasados y esquemas terminados);⁴
- Numero y porcentaje de MEF vacunadas con primera dosis de Td en municipios de riesgo durante la SVA;
- Porcentaje de monitoreos rápidos de cobertura (MRC) en aquellos municipios cuyas coberturas de vacunación con SR sea menor de 95%;
- Porcentaje de personas entrevistadas en áreas previamente seleccionadas⁵ que tengan conocimiento sobre la SVA;
- Porcentaje de municipios con planes de segunda y tercera ronda de vacunación para completar esquemas después de la SVA; y
- Número de casos sospechosos de sarampión/rubéola y parálisis flácida aguda (PFA) que hayan sido identificados durante la búsqueda activa comunitaria y que hayan sido previamente conocidos por el sistema de vigilancia.

Los países utilizan estos indicadores de acuerdo a sus estrategias de vacunación. Por ejemplo, para países que vacunaron a población de 1 a 4 años, es posible medir el indicador de esquemas atrasados, como es el caso de Honduras y Paraguay (figura 4) que vacunaron 2.890 y 1.271 niños de 1 a 4 años, respectivamente, con pentavalente. La República Dominicana vacunó a 27.850 niños de 24 meses y más con SRP. Asimismo, el sistema de vigilancia de Panamá reportó 0 casos sospechosos de sarampión, rubéola y PFA.

⁴ Se utilizará el denominador de mayores de un año ya que no todos los países obtienen datos desagregados de menores de un año para evaluar esquemas atrasados.

⁵ Áreas seleccionadas deben de incluir zonas de alto riesgo y con poblaciones aisladas.



Varios países realizaron MRC durante la SVA con el fin de utilizar los resultados del mismo para identificar áreas a reforzar y para mejorar coberturas durante las diferentes campañas de vacunación. Por ejemplo, Bolivia realizó MRC en su campaña de vacunación contra fiebre amarilla, Paraguay hizo lo mismo durante su campaña contra influenza y toxoide tetánico diftérico y Guatemala monitoreó la campana contra rubéola para lo cual logró visitar 60.750 hogares y realizar 151.875 entrevistas. Panamá condujo MRC en menores de cinco años para rotavirus, SRP y pentavalente, así como también en MEF para coberturas de SR. Un total de 18,203 casas fueron visitadas a nivel regional.

Honduras, Jamaica y Panamá realizaron encuestas en la comunidad para medir el grado de información sobre la SVA. En Honduras, se entrevistó a 1.564 madres, encontrando que el 94% de las personas entrevistadas en áreas previamente seleccionadas⁶ tenían conocimiento sobre la SVA. Jamaica entrevistó a 92 personas, de las cuales el 55% indicó que había escuchado mensajes relacionados a la vacunación y a la SVA y Panamá entrevistó a 483 madres de familia, de las cuales 308 (63,8%) manifestó que sí tenía conocimiento sobre la actividad. Haití evaluó el impacto de los canales de comunicación utilizados para la promoción de la SVA, encontrándose que el “voceador” en las calles (50%), las escuelas (25%) y los trabajadores de salud (15%) resultaron los de mayor efectividad. Cabe mencionarse que Guatemala también subrayó el papel que cumplió el “voceador” en la sensibilización de las personas renuentes, aún cuando dicho país no realizó encuesta alguna en la comunidad.

Los países de Centro América, finalmente, están utilizando los indicadores de la SVA para medir sus avances y compromisos en salud en reuniones subregionales como la RESSCAD. Este es un escenario político que garantiza un monitoreo permanente de los avances del programa ampliado de inmunización en estos países.

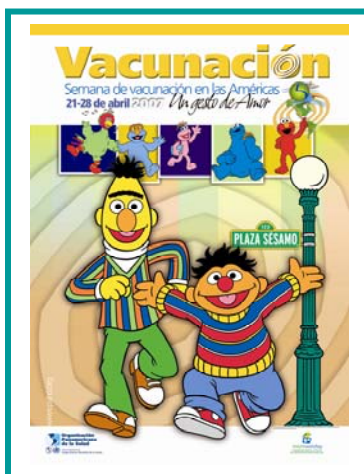
⁶ Áreas seleccionadas deben de incluir zonas de alto riesgo y con poblaciones aisladas.

d. Acciones de comunicación social

Como en años anteriores, la OPS diseñó una campaña de difusión masiva para apoyar a los países participantes en la comunicación social y dar un mensaje claro y uniforme sobre la vacunación. Se desarrollaron anuncios de servicio público para la televisión y radio, así como materiales autoadhesivos y afiches para publicitar las actividades de vacunación durante la SVA, los cuales fueron adaptados a las necesidades locales.

Nuevamente se utilizó la imagen de Ronaldinho Gaúcho, una de las figuras más destacadas del fútbol internacional, así como la imagen de Rodney Walsh, importante jugador de críquet del Caribe. Este año la OPS también unió esfuerzos con los personajes de Plaza Sésamo, los cuales fueron añadidos a los afiches y autoadhesivos.

Cabe mencionar que la obtención de los derechos por parte de la OPS para utilizar las imágenes de Gaúcho y Plaza Sésamo constituye un logro importante dentro de las acciones de abogacía que esta institución desempeña; se espera en todo caso poder reutilizar estas imágenes en las ediciones futuras de la SVA.



Los países de la Región por su parte diseñaron estrategias diferenciadas por región, departamento o provincia, incluyendo objetivos y metas de comunicación específicas e identificando claramente los objetivos públicos para crear así procesos de articulación y socialización con el fin de generar una respuesta positiva hacia la vacunación (llamado a la acción). Asimismo, la conjunción de acciones de comunicación y movilización social permitieron potenciar y personalizar las acciones de información y educación, al involucrar como voceros a líderes comunitarios o de opinión, como los pastores de iglesia y también involucrar a organizaciones de la sociedad civil. Por último y sin excepción, todos los países utilizaron algún medio masivo de comunicación como la televisión, radio o la prensa, como estrategia sombrilla para el nivel nacional, así como medios no tradicionales de comunicación como los “jaladores” o templos en el nivel regional/local.

Los países del Caribe de habla inglés, las Antillas Holandesas, Canadá, los Estados Unidos y Uruguay por su parte planificaron e implementaron campañas de comunicación social integrales con el objetivo de sensibilizar a padres de familia, trabajadores de salud, tomadores de decisiones, líderes de opinión entre otros, sobre la importancia de la vacunación. Además de utilizar los medios de comunicación masivos como la radio, la televisión o la prensa, los países del Caribe de habla inglés como Bahamas, Islas Caimanes o Granada, utilizaron canales de comunicación no tradicionales, como templos e iglesias para distribuir folletos y hacer anuncios sobre las actividades de vacunación programadas durante la SVA. Los Estados Unidos implementaron una campaña de información integral, manteniendo una coordinación permanente con los medios de

comunicación, a fin de mejorar los programas rutinarios de vacunación para alcanzar a poblaciones frecuentemente excluidas.

e. Acciones integradas: una oportunidad

La SVA no es sólo una oportunidad para la vacunación, sino una oportunidad para integrar actividades de salud, aprovechando el contacto con personas que tienen necesidad de diferentes servicios y la movilización de recursos tanto financieros como humanos. Para este año 2007, seis países –Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana– reportaron sobre la administración de vitamina A, antiparasitarios, soluciones de rehidratación oral, hierro y ácido fólico. Millones de niños y mujeres se vieron beneficiados de estas actividades (cuadro 4).

Cuadro 4. Acciones integradas de salud, SVA 2007

País	Vitamina A				Antiparasitarios	Acido fólico	Rehidratación oral
	< 1 año	1-4 años	MEF	Total			
Haití	25.415			25.415	55.392		
Honduras	34.093	438.769	2.424	475.286			
México	3.625.784			3.625.784	9.197.665	7.886	3.672.121
Nicaragua	630.509			630.509	1.226.940		
Panamá				3.134			
Rep. Dominicana				7.220			
TOTAL	4.754.570		2.424	4.741.933	10.424.605	7.886	3.672.121

f. Europa y el mundo entero

Durante la semana del 16 al 20 de abril, la Región Europea realizó su Semana de Inmunización contando con la participación de 25 países. Los esfuerzos se focalizaron en la comunicación social, llegando a padres y profesionales de la salud para educarlos sobre la importancia de la vacunación. Asimismo, una estrategia diferenciada se implementó para atender a poblaciones vulnerables. Se destaca lo siguiente:

- Utilización de programas interactivos de televisión y mensajes de texto por teléfono celular en Armenia.
- En Azerbaijón, la Primera Dama lanzó la semana de inmunización en su país, vacunando a niños de una policlínica de la capital.
- Se distinguieron diferentes mensajes y necesidades en comunidades étnicas de Bélgica, Rumania y Serbia y en poblaciones inmigrantes de Kazakstán, Kirguistán y Turkmenistán.

Para el 2008, la Semana de Inmunización en Europa tomará lugar del 21 al 27 de abril, coincidiendo en esta oportunidad con la realización de la 6.^a SVA, lo cual reafirma la trascendencia que la SVA ha tenido como modelo para otras regiones del mundo, manteniendo así a la inmunización en la agenda política de otras regiones.

g. Desafíos de la SVA

De surgir como una iniciativa de cinco países, y ante la existencia de una Semana de Vacunación en la Región de Europa, la SVA se vislumbra como un compromiso de todas las Regiones, convirtiéndose así en una “Semana de Vacunación Global”, siendo éste su primer desafío.

No obstante, dentro de lo global, la SVA también atiende a lo local y a las poblaciones excluidas, ya que constituye una oportunidad para mejorar el acceso a la vacunación en poblaciones vulnerables o en situación de alto riesgo, como las comunidades indígenas, fronterizas y áreas urbano marginales, siendo este su segundo desafío. Como tercer desafío, los países deben aprovechar la oportunidad de la SVA para ampliar y ejecutar otras actividades integrales en salud como la administración de antiparasitarios y vitamina A, consejería y acciones de educación comunitaria.

El cuarto desafío guarda relación con la documentación de los aportes de la SVA para el programa regular de inmunización. Esta documentación contribuirá a la disminución de las inequidades en poblaciones vulnerables, al fortalecimiento del sistema de información y al monitoreo y evaluación de los indicadores. El quinto y último desafío es que la SVA sea una oportunidad de revitalización constante del programa de inmunización. Estos desafíos conllevan a que se mantengan los logros obtenidos durante los cinco años de ejecución continua de la SVA, a saber: la prioridad política en los países de la Región, la coordinación inter-fronteriza, la cooperación interagencial, la integración de actividades de salud y el fortalecimiento de la salud familiar.