

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXVIII, NÚMERO 5 ► OCTUBRE DE 2006

- 1 Estrategia regional para mantener los programas nacionales de inmunización en las Américas
- 1 Iniciativa Pro-Vac
- 4 GAVI y Guayana: un logro ejemplar
- 5 Actualización sobre rotavirus
- 6 TNN: perspectiva mundial y regional
- 7 Administración de suplementos de vitamina A
- 8 Neumonías y meningitis bacterianas

Estrategia regional para mantener los programas nacionales de inmunización en las Américas

El 47.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud se reunió en Washington, D.C. la última semana de septiembre. Durante la reunión, los ministros de salud discutieron sobre las políticas de salud para la Región. Este año el Consejo aprobó la resolución CD47.R10, llamando a una nueva estrategia regional para sostener los programas de inmunización en las Américas.

Desafíos técnicos y programáticos futuros

El documento presentado al Consejo Directivo por la Unidad de Inmunización esboza el notable avance logrado en los últimos 10 años hacia la protección de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, destacando la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal, el control de la fiebre amarilla y de la difteria, la introducción de la vacuna pentavalente y la vacuna contra la influenza y el progreso significativo hacia la eliminación de la rubéola.

Pese a estos excelentes logros, los programas nacionales de inmunización (PNI) se siguen enfrentando con desafíos, como cumplir con la agenda inconclusa de lograr las metas de coberturas del 95% en los distritos desaventajados, introducir vacunas de nueva generación contra enfermedades prioritarias, transicionar de la vacunación del niño a la de la familia y sostener el desarrollo del Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas.

1. La agenda inconclusa:

La protección de las vacunas todavía no cubre a todos los niños y las mujeres vulnerables de la Región. Aproximadamente un niño de cada tres en América Latina y el Caribe vive en un distrito subatendido. Para completar la agenda inconclusa de inmunización es necesario que estos niños y mujeres tengan acceso equitativo a los beneficios de la inmunización. Entre las estrategias clave para lograr y mantener los niveles previstos de cobertura de todas las vacunas que se aplican normalmente cabría incluir, según el caso: el restablecimiento de los servicios regulares de extensión donde sea necesario, la supervisión y la capacitación local, el fortalecimiento

Propuesta de proyecto multianual de promoción de las decisiones de política basadas en evidencia para la introducción de nuevas vacunas en América Latina y el Caribe (Pro-Vac)

En la sede de la OPS, en Washington, D.C., se realizó un taller, del 5 al 8 de septiembre, sobre análisis económicos para facilitar la toma de decisiones sobre la introducción de vacunas. Participaron representantes de ministerios de salud de la Región de las Américas, así como de instituciones académicas y organismos que trabajan en el campo de la salud. El objetivo del taller era desarrollar la capacidad nacional para mejorar la toma de decisiones de política y crear herramientas a fin de realizar análisis económicos en salud a nivel de país.

El taller comenzó con una exposición de los principales logros en las Américas, entre ellos la eliminación del sarampión y el tétanos neonatal, la erradicación de la poliomielitis y la intervención costo-efectiva que representa la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Estos logros han sentado un precedente fundamental para el éxito futuro en la Región. Las metas actuales incluyen la vacunación de poblaciones susceptibles, la realización de una vigilancia epidemiológica eficaz, el suministro garantizado de vacunas a través del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS y la rápida distribución de las vacunas.

La principal función del análisis econó-

El Dr. Leslie Ramsammy, Ministro de Salud de Guayana, en reunión con el Dr. Julian Lob-Levyt, Director de GAVI; el Dr. Jon Andrus, Asesor Técnico Principal de la Unidad de Inmunización de la OPS; Sra. Rebecca Affolder, GAVI; la Dra. Beryl Irons, Unidad de Inmunización en CAREC; y la Dra. Janice Woolford, Jefe del PAI de Guayana. Ver **GAVI y GUAYANA** página 4

de los enlaces comunitarios con la prestación de servicios, el monitoreo y el uso de los datos para la acción y una mejor planificación y gestión de los recursos humanos y financieros.

Mantener el nivel de éxito que se ha logrado con la vacunación es un importante reto para las autoridades nacionales y los jefes de programas. Existen datos inquietantes en países industrializados que revelan que los programas exitosos de salud pública, incluidos los de inmunización, son vulnerables a la suspensión del financiamiento a medida que se atenúa el recuerdo de las enfermedades mortales de la infancia. En Australia, Estados Unidos, el Reino Unido y otros países europeos descuidados en salud pública han dado lugar a drásticas reducciones de las coberturas de vacunación a comienzos de los años noventa.

Si bien se ha avanzado enormemente para eliminar la rubéola, es necesario que la movilización de recursos y el compromiso político sostenido se mantengan como altas prioridades. También habrá que prestar atención al establecimiento de una vigilancia epidemiológica de alta calidad para monitorear el avance y comprobar que se ha eliminado el síndrome de rubéola congénita. (1)

2. Introducción de vacunas de nueva generación:

La introducción de nuevas vacunas contra rotavirus, neumococo y el virus del papiloma humano (HPV) en los programas rutinarios plantea desafíos técnicos significativos para los países. Con las vacunas de nueva generación surge la necesidad de establecer estimaciones de la carga de enfermedad debida a esos agentes que son específicos de una sub-región. También es necesario establecer metas de reducción de la mortalidad para estas enfermedades de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y con las directrices de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización de la

OMS (GIVS por su sigla en inglés). Los procesos decisivos de la introducción de vacunas a los países deben basarse cada vez más en la situación local. Esto permitirá una mejor vigilancia del impacto de la vacunación en estas enfermedades y en alcanzar los ODM.

Las vacunas de nueva generación son más costosas que las vacunas básicas del Programa Ampliado de Inmunización. Este aumento de costos plantea enormes desafíos para los jefes de los programas de inmunización que intentan introducir nuevos productos basados únicamente en datos epidemiológicos sólidos. Para duplicar el presupuesto del programa a fin de poder introducir, por ejemplo, la vacuna antirrotavírica, los países han tenido que comenzar a evaluar el potencial de crear espacio fiscal en el presupuesto nacional, es decir, cierto margen para asignar recursos sin comprometer la sostenibilidad financiera ni la estabilidad económica general. (2)

En este contexto, la OPS inició un proceso de revisión sistemática de la calidad y la eficacia de la legislación y los reglamentos existentes sobre vacunación en los Estados Miembros. La finalidad de este examen es definir las prácticas óptimas para sostener financieramente los PNI y aplicar mejores leyes para reducir los costos de transacción en que incurren los países en relación con los programas de inmunización. (3)

La OPS está promoviendo un renovado énfasis en el fortalecimiento de la capacidad nacional para la toma de decisiones basadas en evidencia para la introducción de vacunas en el contexto de todas las prioridades sanitarias. La Unidad de Inmunización ha elaborado un plan de capacitación regional para ayudar a dotar a las instancias normativas de decisión nacionales de toda la evidencia necesaria para tomar sólidas decisiones de políticas en relación con la introducción de vacunas. (4)

3. Transición de la vacunación de los niños a la de la familia:

El enfoque de la vacunación familiar deberá basarse en las estrategias integrales de atención primaria de salud. Los beneficios de esas actividades deberán ser la reducción de la morbilidad y la mortalidad prevenibles en personas mayores que han sido inmunizadas con vacunas apropiadas, y el fortalecimiento de los sistemas que pudieron ser usados en caso de que surjan epidemias que afectan a niños y adultos. En concreto, la transición de la vacunación del niño a la de la familia significa que los PNI estarán mejor preparados para prevenir la influenza y las infecciones causadas por el neumococo, el VPH y el VIH cuando corresponda. La transición deberá empezar con una alta cobertura con las vacunas contra la influenza, el tétanos y la rubéola en las poblaciones adultas escogidas como meta. Se aplicarán las lecciones aprendidas del control de la influenza y la eliminación del tétanos neonatal y la rubéola para prevenir muertes por influenza, cáncer cervicouterino y, en el tiempo, SIDA en la Región.

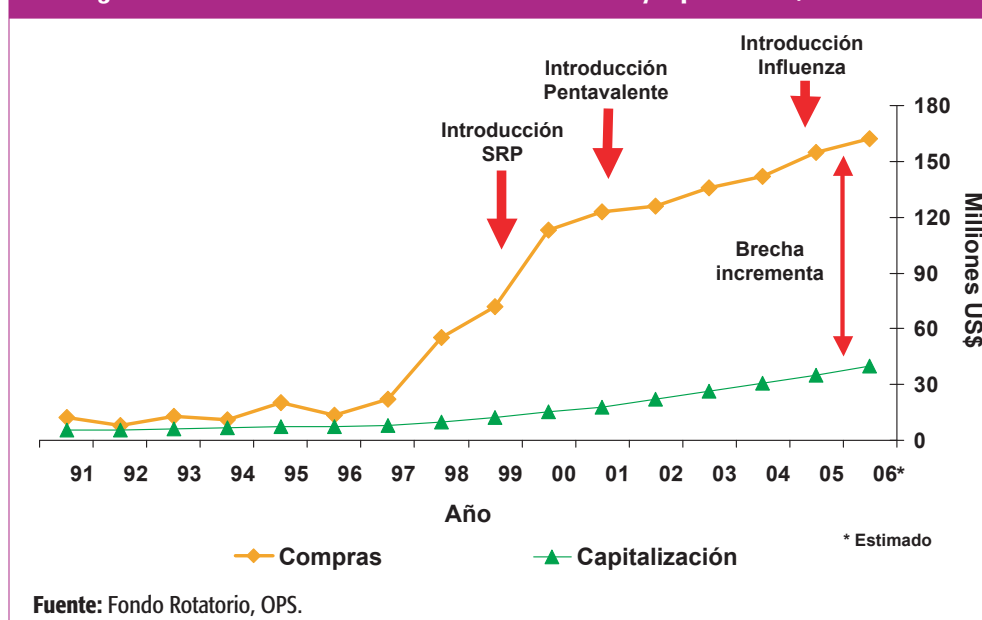
Los PNI de casi todos los países de la Región han creado vigorosos sistemas de prestación de servicios. Con base en estos sistemas, y con el apoyo de alianzas internas de la OPS para analizar métodos innovadores que permitan una integración más eficaz de prestación de servicios, la transición a la vacunación familiar puede aportar un enfoque más integral a los programas de salud materno infantil. Una eficaz vacunación familiar integrada también puede coadyuvar al cumplimiento de los ODM.

4. El Fondo Rotatorio:

El Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS ha crecido considerablemente en los últimos diez años debido al aumento del volumen de compras de vacunas y al efecto multiplicador del cargo de 3% por servicio que se aplica a cada pedido. Al cierre de 2005, el Fondo Rotatorio contaba con un capital de poco más de US\$ 34 millones y registraba gastos totales por más de US\$ 154 millones para el año (figura 1). En este momento, la OPS se encuentra evaluando los aumentos en el capital de trabajo mínimos necesarios para asegurar el servicio continuo de la OPS a los países para la introducción de nuevas vacunas. Estas estimaciones de aumentos anuales de capital requerirían innovadores mecanismos de apoyo al Fondo, tales como donaciones voluntarias adicionales de los países u otros donantes. En la situación actual, el capital de trabajo es insuficiente para responder a las demandas de los países en cuanto a nuevas vacunas como aquellas contra la influenza y contra el rotavirus.

La misión del Fondo Rotatorio es proporcionar vacunas de alta calidad a países de la Región a un precio único y asequible para todos. Para afrontar el costo más alto de las vacunas de nueva generación será necesario contar con niveles sin precedentes de participación en el Fondo, dado que esto

Figura 1. Crecimiento del Fondo Rotatorio en volumen y capitalización, 1991-2006



aportará el volumen de demanda que se requiere para estabilizar la oferta y negociar mejores precios. Para lograr la máxima participación será esencial establecer nuevas alianzas con cadenas de producción y distribución, aprendiendo de las experiencias operativas y programáticas de los Estados Miembros de la OPS que no utilizan sistemáticamente el Fondo Rotatorio.

Manteniendo la inmunización en las Américas

La Estrategia Regional para Mantener los Programas Nacionales de Inmunización en las Américas se basa en los principios orientadores presentados en la reunión de 2004 del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (5) y en los principios para la renovación de la atención primaria de salud. (6) Estos principios se centran en la reducción de las desigualdades, el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública, la creación de una cultura de prevención, la consolidación del compromiso político y el esfuerzo

por obtener la excelencia en la cooperación técnica. Las alianzas constituyen otro elemento central de la sostenibilidad: la OPS sigue promoviendo y creando alianzas a niveles familiar, comunitario, nacional, sub-regional, regional y mundial.

La OPS seguirá esforzándose por mantener grupos eficaces de supervisión técnica y grupos para la coordinación de alianzas, como el GTA y los comités de coordinación interagenciales regionales y nacionales. Estos grupos seguirán ayudando a mantener estrategias técnicas bien encaminadas y a contar con los recursos suficientes. La OPS también seguirá movilizando recursos para mantener su red de consultores internacionales en inmunización residentes en los países y diversas subvenciones para las actividades de vacunación, como la eliminación del sarampión y la rubéola y la introducción de nuevas vacunas. Por último, la OPS continuará desempeñando una función crucial al compartir experiencias nacionales y lecciones aprendidas de todos los Estados Miembros. ■

Referencias:

1. Boletín de Inmunización, Vol. XXVII, número 6: **Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en Nicaragua (Diciembre 2005).**
2. Boletín de Inmunización, Vol. XXVIII, número 2: **La creación de un espacio fiscal para fortalecer y ampliar los programas nacionales de inmunización en América Latina y el Caribe (Abril 2006).**
3. Boletín de Inmunización, Vol. XXVIII, número 2: **Análisis de la legislación relativa a la inmunización en las Américas (Abril 2006).**
4. Boletín de Inmunización, Vol. XXVIII, número 5: **Propuesta de proyecto multianual de promoción de las decisiones de política basadas en evidencia para la introducción de nuevas vacunas en América Latina y el Caribe (Pro-Vac) (Octubre 2006).**
5. Boletín PAI, Vol. XXVI, número 6: **XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación: conclusiones y recomendaciones (Diciembre 2004).**
6. Boletín de Inmunización, Vol. XXVII, número 5: **Estrategia de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita: contribuyendo a la renovación de la atención primaria (Agosto 2005).**

Nota: Todos los artículos están disponibles en http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/Epi_newsletter.htm.

PRO-VAC cont. página 1

mico en la adopción de decisiones es dar una visión más realista de los costos globales y el gran potencial de beneficios sanitarios y económicos. Entre los temas específicos que se abordaron en las ponencias cabe señalar los usos de los análisis de costo-efectividad y de minimización de costos, la sostenibilidad financiera, los estudios de costos de programas y de asequibilidad, los tipos y las perspectivas de los costos y los métodos para cuantificar la carga de enfermedad, como los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹ y los años de vida ajustados en función de la calidad (AVAC)².

En el taller, que ofreció una oportunidad para presentar el trabajo actual de la OPS en economía de la salud, se pusieron de relieve proyectos para evaluar las repercusiones económicas de la "mala" salud. Se describieron modelos específicos de enfermedad desde el punto de vista del análisis económico de las vacunas contra la influenza, el virus del papiloma humano (VPH) y el neumococo. También se presentó un proyecto para determinar simultáneamente la razón de costo-efectividad de las vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), el neumococo y el rotavirus. Sobre la experiencia de los países con las decisiones relativas a la introducción de vacunas hablaron los representantes de Brasil (rotavirus), Chile (rotavirus e influenza), Costa Rica (VPH), Panamá (rotavirus) y Venezuela (rotavirus).

La Iniciativa Pro-Vac

En el taller se lanzó un plan estratégico global

quinquenal con el propósito de fortalecer la capacidad nacional para tomar decisiones basadas en evidencia con respecto a la introducción de nuevas vacunas y vacunas subutilizadas. Los adelantos realizados con este plan, conocido como Iniciativa Pro-Vac,³ han contribuido al enfoque innovador en la OPS de las alianzas con otras regiones y organizaciones para los programas de inmunización. Las metas principales de la Iniciativa Pro-Vac son las siguientes:

- Proporcionar apoyo para la introducción de nuevas vacunas contra rotavirus, neumococo, influenza y VPH.
- Coordinar la colaboración entre programas nacionales de inmunización, ministerios de salud, instituciones académicas y organizaciones internacionales y regionales para la salud y el desarrollo.
- Proporcionar un foro en el cual los equipos de país puedan dar a conocer y examinar sus análisis económicos. Un grupo de trabajo basado en la Web proveerá las herramientas y directrices actuales para los análisis económicos de salud en varios idiomas.
- Crear instrumentos a fin de realizar análisis de costo-efectividad de la introducción de nuevas vacunas teniendo en cuenta los costos y la carga de enfermedad.
- Fomentar la transparencia de los métodos y de la recopilación de datos entre países para que puedan aprender unos de otros y estandarizar las herramientas de acuerdo con las directrices internacionales a fin de que se puedan comparar los resultados.

- Proporcionar apoyo técnico continuo por medio de un equipo de expertos de varias instituciones académicas y no académicas.
- Establecer una red multidisciplinaria de centros de excelencia clave y organizar centros regionales y nacionales de epidemiología, economía y política pública.
- Evaluar el progreso mediante visitas, reuniones y la producción de documentación.

Entre los principales resultados que se prevé obtener de la iniciativa quinquenal Pro-Vac se encuentran los siguientes:

- La formación de una red regional de centros clave de economía, epidemiología y política pública.
- El fortalecimiento de la capacidad nacional con tecnología de la información, plataformas para capacitación y reuniones a distancia y conferencias regionales de seguimiento.
- La obtención de evidencia para facilitar las decisiones sobre la introducción de vacunas con el uso de modelos para determinar el costo de los programas y la carga de enfermedad. Esta evidencia debería comunicarse eficazmente.
- Decisiones relativas a la introducción de vacunas basadas en evidencia y apoyo para la planificación.

Para mantener la continuidad de la Iniciativa Pro-Vac será necesario encarar tareas difíciles tales como aplicar estrategias eficaces para el control y la eliminación de enfermedades, reducir las inequidades y seguir construyendo y fortaleciendo la infraestructura sanitaria. A fin de ayudar en este proceso, el apoyo técnico para la Iniciativa Pro-Vac incluirá una dirección de correo electrónico (provac@paho.org) que se usará para coordinar las

1 En inglés, DALY: Disability-Adjusted Life Year.

2 En inglés, QALY: Quality-Adjusted Life Year.

3 *Iniciativa para promover la realización de análisis económicos para la introducción de vacunas en países de América Latina y el Caribe.*

reuniones, las referencias y las visitas de campo. Desde que se realizó el taller, varios países han propuesto estudios de costo-efectividad que se encuentran en la fase de análisis, entre ellos estudios sobre la vacuna contra el VPH (Argentina, Brasil, países del Caribe, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela), la vacuna antineumocócica (Bolivia, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Venezuela), la vacuna antirrotavírica

(Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá) y la vacuna contra la influenza (El Salvador y Guatemala).

En sus comentarios, los participantes dijeron que el taller les había parecido sumamente útil, en gran medida debido al alto grado de participación de colaboradores en la Iniciativa Pro-Vac y de países miembros. La respuesta al taller y las herramientas proporcionadas a los participantes subrayan la

utilidad de la Iniciativa Pro-Vac para ayudar a los programas nacionales de inmunización a utilizar nuevas vacunas de forma sostenible y beneficiarse de mejoras en salud. La pericia que se ofrece por medio de la Iniciativa Pro-Vac se necesita también en otras Regiones de la OMS, y la OPS ya ha recibido solicitudes de información de organismos y países situados fuera de las Américas. ■

GAVI y Guyana: un logro ejemplar

Guyana es el primer país en hacerse cargo del financiamiento sostenible de la vacuna pentavalente que introdujo con apoyo de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). En mayo de este año, el principal editor del Boletín de Inmunización, Jon Andrus, entrevistó al Ministro de Salud de Guyana, Dr. Leslie Ramsammy, el principal arquitecto de este logro. A continuación se presenta un resumen de la entrevista.

Cuando se introdujo la vacuna pentavalente¹ en Guyana en 2001, recuerda el Dr. Ramsammy, el país era uno de los más pobres del mundo, con un PIB de apenas US\$600, aproximadamente, y una deuda externa paralizante. La situación no es muy diferente en la actualidad pero, a partir de este año, Guyana ha logrado hacerse cargo por completo del costo de proporcionar la vacuna pentavalente a sus ciudadanos. "Fue un logro notable dijo Ramsammy pero no podríamos haberlo hecho sin la ayuda de un mecanismo provisional. En 2000, si hubiéramos decidido agregar la vacuna pentavalente, tendríamos que haber adoptado un enfoque gradual y quizá hubiéramos tardado cinco o seis años para recaudar los fondos localmente, pero como recurrimos a GAVI pudimos acelerar la introducción. Es así como el día de hoy Guyana de hecho es capaz de hacerse cargo de este programa por completo sin ninguna asistencia."

El Dr. Ramsammy dijo que lo que le impresionó inicialmente de GAVI fue que el programa permitía a países como Guyana introducir nuevas vacunas en el sistema de atención de salud, en vez de simplemente reforzar los regímenes de vacunación. "En 2001, en el período extraordinario de sesiones

de la Asamblea General de las Naciones Unidas, dije que las propuestas relativas al Fondo Mundial debían extraer enseñanzas de GAVI. Cinco años después, Guyana se encuentra casi en su segunda fase en el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y estoy más convencido aún de que el modelo para éste debería haber sido GAVI que era una alianza mundial eficaz y no aprendimos lo suficiente de esa iniciativa."

Guyana, país comprometido con la inmunización

Aún antes de recibir asistencia de GAVI, el Ministro observó, Guyana siempre había tenido un buen programa de inmunización. "Guyana siempre había dado prioridad al programa de inmunización recordó el Dr. Ramsammy, incluso en los años setenta y ochenta, durante los cuales, por razones económicas, las inversiones del país en el sector de la salud disminuyeron. Si se observan las inversiones en el sector salud, en los años sesenta, Guyana estaba gastando en salud alrededor de US\$60 por cápita. La situación comenzó a deteriorarse y para 1992 estábamos gastando en salud menos de US\$7 por cápita. Aun en los períodos en que la inversión en el sector de la salud en general estaba disminuyendo, nuestra inversión en el programa de inmunización se mantuvo estable. Este país siempre ha considerado a la vacunación como un programa prioritario, como un programa sagrado."

Ramsammy puso de relieve que la tradición del sector de salud local de considerar la vacunación como una "prioridad sagrada" se remonta al comienzo del programa nacional de inmunización en los años cincuenta, cuando el país todavía era una colonia, y esta tradición seguirá. "Ahora, ni siquiera

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es una asociación de gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas que se creó para aumentar drásticamente los recursos destinados a combatir tres de las enfermedades más devastadoras del mundo y orientarlos a las áreas de mayor necesidad.

en un programa de austeridad de cualquier tipo tocaremos al programa de inmunización" afirmó el Dr. Ramsammy. Reconocemos que salva vidas; sabemos que evita que los niños se enfermen, que protege a los pequeños, que salva vidas y es tan importante como cualquier otra cosa cuando se trata de estrategias para reducir la mortalidad infantil."

El Dr. Ramsammy afirmó que la vacunación es la columna vertebral de la atención primaria de salud en Guyana. "Nunca negaríamos a un sólo niño el esquema completo, la dosis completa de las vacunas disponibles que correspondan", subrayó.

De cara al futuro

El Dr. Ramsammy explicó también que, cada vez que surjan nuevas vacunas o técnicas que salven vidas, su Ministerio trabajará arduamente dentro de su presupuesto para obtenerlas. Agregó que, cuando recurre a organismos externos como GAVI, es para acelerar programas en curso o en la etapa de formulación.

"Cuando la vacuna pentavalente salió a la venta, nadie en Guyana dudó en incluirla en nuestro programa. La cuestión era cómo pagarla. Tuvimos la fortuna de contar con GAVI."

"Me alienta el hecho de que las instancias normativas de estas organizaciones hayan sido suficientemente conscientes de la necesidad de incluir a los beneficiarios, los receptores de los países en desarrollo."

Ramsammy estaba convencido de que no debe haber ningún cambio sustancial en la forma en que la GAVI apoya a los países necesitados. Afirmó que algunos países todavía están muy a la zaga en sus programas de inmunización. "Tomemos como ejemplo la vacuna contra Hib o la hepatitis B" propuso Ramsammy, "que salió al mercado desde

1 Difteria, pertussis y tétanos + hepatitis B + *Haemophilus influenzae* tipo b.

La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización o GAVI se formó para abordar la incapacidad de los países más pobres para proporcionar vacunas a todos sus niños. Como alianza entre los sectores privado y público, GAVI aprovecha los puntos fuertes de diversos colaboradores en la labor de inmunización, incluidos los gobiernos, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial, los fabricantes de vacunas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) e instituciones de investigación. Véase más información sobre GAVI en las Américas en *La Alianza de la OPS con GAVI*, Boletín Informativo de Inmunización de la OPS de abril de 2006, volumen XXVIII, número 2.

principios de los años ochenta: en el mundo sigue habiendo países que todavía no han introducido estas vacunas. Estamos hablando de una época en la cual se están produciendo vacunas más nuevas que podrían salvar millones de vidas, y sin embargo hay países que todavía tienen dificultad para introducir las vacunas anteriores.”

Ramsammy dijo que la introducción de nuevas vacunas como la antirrotavírica no sólo puede salvar vidas, sino que también, con el tiempo, tendrá efectos positivos en el crecimiento económico de los países en desarrollo porque los niños se enfermarán menos y no habrá que hacer gastos innecesario en el sector salud. Afirmó categóricamente que la fase 2 de la GAVI debe incluir un fuerte componente de introducción de nuevas vacunas en los países.

Perspectivas regionales

“Me parece” opinó el Ministro “que, a medida que vamos avanzando, a los países de las Américas les está resultando más difícil beneficiarse de muchas de estas alianzas.”

El Dr. Ramsammy considera que los principales factores que podrían influir en esta tendencia son el PIB relativamente elevado de la Región en comparación con otras regiones y la carga de enfermedad relativamente inferior. “En general, se considera que estamos un poco más desarrollados, pero hay países muy vulnerables en esta Región, no sólo los que pueden participar en GAVI (Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), sino también países que no reciben apoyo de GAVI, como Ecuador, El Salvador, Guatemala,

Jamaica, Panamá, Paraguay y Perú, por mencionar algunos.”

El Ministro cree que a los países de la Región que están realizando avances en el desarrollo, especialmente en el campo de la salud, no se les debe negar ayuda debido a su éxito. Señaló que, recientemente, el Fondo Mundial omitió 22 países de la Región de su lista de países elegibles. “No deberíamos ser sancionados porque nos va bien. El hecho de que muchos de nosotros tengamos una cobertura de vacunación de 80, 90 o 95%, por ejemplo, no debería ser una excusa para excluirnos de los programas de asistencia. Tan importante como desarrollar sistemas para tener una cobertura elevada es apoyar a los sistemas para que mantengan su cobertura.” ■

Actualización sobre la vigilancia del rotavirus en las Américas

En el cuadro 1 se presentan datos hasta agosto de 2006 de la vigilancia de diarrea debida a rotavirus en Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Venezuela. Entre esos países, 15,2% de hospitalizaciones en los niños menores de 5 años

se deben a diarrea. El promedio de positividad para la diarrea por rotavirus confirmada es de 44,96%. Entre enero y agosto de 2006, el porcentaje más bajo de casos confirmados de diarrea por rotavirus se encuentra en Venezuela (28,76%) y el más

alto en Honduras (49,13%). Los datos para 2005 fueron presentados en el número del *Boletín de Inmunización* de febrero de 2006. ■

Cuadro 1. Vigilancia epidemiológica del rotavirus en hospitales centinela en países notificando, Región de las Américas, 2006

INDICADORES	PAÍSES						TOTAL
	Bolivia*	El Salvador	Guatemala	Honduras	Paraguay	Venezuela**	
	Ene.-Ago.	Ene.-Sep.	Ene.-Ago.	Ene.-Ago.	Ene.-Ago.	Ene.-Ago.	
Número de hospitalizaciones en niños <5 años	7.797	32.236	9.789	24.709	3.437	848	78.816
Número de hospitalizaciones debidas a diarrea en niños <5 años	1.547	4.665	1.297	4.053	270	146	11.978
Porcentaje de hospitalizaciones debidas a diarrea	19,8	14,5	13,3	16,4	7,9	17,2	15,2
Número de niños <5 años que cumplen con la definición de caso	1.275	3.010	620	3.755	226	473	9.359
Porcentaje de casos sospechosos de rotavirus	82,4	64,5	47,8	92,7	83,7	100	78,1
Número de niños con formulario completo y muestra	862	2.122	420	2.310	193	459	6.366
Porcentaje de casos sospechosos con formulario completo y muestra	67,6	70,5	67,7	61,5	85,4	97	68
Número de casos con resultado positivo para rotavirus	358	1.013	164	1.135	60	132	2.862
Porcentaje de casos de rotavirus confirmados	41,5	47,7	39,1	49,1	31,1	28,8	45

* datos parciales.

** datos parciales; el número de casos que corresponden a la definición de casos incluye pacientes no hospitalizados.

Tétanos neonatal: perspectiva mundial y regional

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud hizo un llamado para la eliminación global del tétanos materno y neonatal definido posteriormente como menos de 1 caso de tétanos neonatal (TNN) por 1.000 nacidos vivos en todos los distritos de todos los países. Diez años después, los esfuerzos globales fueron exitosos en eliminar el TNN en 104 de 161 países en desarrollo. Sin embargo, para el año 2000, el TNN aún era considerado un problema de salud pública significativo en 57 países, lo que resultó en un nuevo esfuerzo por una coalición internacional para eliminar la enfermedad para el año 2005. El número de muertes a causa del tétanos neonatal ha disminuido de 800.000 en todo el mundo en los años 1980 a menos de 180.000 en 2002, siendo la mayoría de éstos en sólo 52 países. Adicionalmente, el tétanos causa un estimado de 30.000 muertes anuales en madres.

Después que la estrategia de alto riesgo fue lanzada en Latinoamérica y en el Caribe en 1986, el número de casos reportados de TNN en la Región

disminuyó en más de 50% en los primeros cuatro años. Desde 1986 a 2005, el número disminuyó en más de 94%. La enfermedad está considerada eliminada de toda la Región de las Américas, con la excepción de algunos países donde el problema aún persiste (cuadro 1). El número total de distritos que reportan una tasa anual de >1 caso de TNN por 1.000 nacidos vivos fue de 210 en 1995 y de 16 en 2005.

Un solo caso de TNN en las Américas hoy en día debe ser considerado como una falla de los servicios de salud y deberá ser sujeto a una evaluación exhaustiva para determinar como el caso pudo haberse evitado para así prevenir nuevos casos.

Durante su reunión en julio de 2006, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación reconoció los logros tremendos de los países de las Américas en la eliminación del TNN y resaltó que aquellos países que aún sufren de TNN deben hacer los esfuerzos

necesarios para concluir esta tarea. También el GTA recomendó las medidas siguientes:

- Aquellos países que aún cuentan con distritos con casos deben vacunar en áreas de alto riesgo. Todos los países deben mantener una alta calidad en la vigilancia de TNN y la OPS debe apoyar estos esfuerzos.
- Todos los casos de TNN deben ser investigados extensivamente por un comité examinador independiente (*peer review board*). Las conclusiones sobre la falla en la prevención del caso deben ser utilizadas para identificar a poblaciones a ser vacunadas.
- La OPS debe cooperar con UNICEF y otros socios para apoyar a Haití en sus esfuerzos para llevar a cabo una campaña nacional para eliminar el TNN y aprovechar esta actividad para mantener su estado libre de sarampión y eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. ■

Cuadro 1. Países seleccionados de Latinoamérica con casos de TNN: Distritos con casos y distritos con >1 caso de TNN por 1.000 nacidos vivos, 1995 y 2005

Países	1995				2005			
	Número de Distritos	Total de casos	Distritos		Número de Distritos	Total de casos	Distritos	
			Casos reportados	Tasa >1/1000 NV*			Casos reportados	Tasa >1/1000 NV*
Bolivia	93	20	11	4	324	5	4	2
Brasil	4954	127	113	82	5564	10	10	7
Colombia	1020	35	27	15	1113	9	8	3
República Dominicana	153	0	0	0	153
Ecuador	141	51	36	9	167	6	6	2
El Salvador	262	3	3	1	262	1	1	0
Guatemala	331	9	8	5	331	0	0	0
Honduras	293	3	3	3	298	0	0	0
México	2406	67	63	18	2444	1	1	0
Nicaragua	152	4	3	1	162	1	1	0
Panamá	68	1	1	1	76	1	1	0
Paraguay	211	16	16	8	232	2	2	2
Perú	1811	99	75	59	1811	2	2	0
Venezuela	287	18	12	4	287	1	1	0
TOTAL	12182	453	371	210	13224	39	37	16



* nacidos vivos ... no disponible

Fuente: Unidad de Inmunización, OPS.

Administrando Suplementos de Vitamina A

- La vitamina A reduce la severidad de las infecciones como diarrea y sarampión y, por lo tanto, disminuye la mortalidad a causa de una infección.
- La vitamina A favorece el crecimiento de los niños.
- La deficiencia severa de vitamina A se asocia con dificultad para ver en la oscuridad, lesiones oculares y ceguera.
- Los niños, niñas y embarazadas con dietas escasas en alimentos con fuente de vitamina A necesitan recibir suplementos de esta vitamina.
- La vitamina A se encuentra en los alimentos en dos formas: como vitamina A preformada (leche, mantequilla y el hígado) y en forma de carotenoides o precursores de la vitamina A (frutas amarillo-naranja y en los vegetales, en especial aquellos de hojas verde oscuro).

Pasos a seguir para una correcta administración de suplementos de vitamina A

1. Mantenga las cápsulas de vitamina A en un recipiente hermético y protegido de la luz, el calor y la humedad.	2. Separe y almacene los frascos de vitamina A de acuerdo a la dosis.	3. Revise la fecha de vencimiento del producto.
4. Anote la fecha en que abrió el frasco de cápsulas de vitamina A.	5. Revise la dosis de vitamina A que corresponde de acuerdo con la edad del niño o de la niña.	6. Lávese las manos y pida a la madre que se siente cómodamente con el niño o la niña sobre sus piernas.
7. Con unas tijeras limpias corte la punta de la cápsula. (Figura 1) 	8. Comprima la cápsula con los dedos y asegúrese de que todo el contenido caiga en la boca del niño. (Figura 2) 	9. Anote en el carné de salud o de vacunación la fecha en que administró la dosis de vitamina A.
		10. Indique a la madre cuándo debe traer al niño o la niña para la siguiente dosis.

¡SÓLO el personal de salud puede administrar cápsulas de vitamina A!



- Siempre que el frasco no haya sido abierto, las cápsulas de vitamina A conservan su potencia hasta por 2 años después de la fecha de fabricación.
- Las cápsulas mantienen su potencia hasta por un año después de abierto el frasco.
- Asegúrese de que el niño ingirió todo el contenido de la cápsula y que no escupió ninguna gota.

Esquema de dosis de vitamina A como suplemento: NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD

Edad	Dosis	Frecuencia
6-11 meses	100,000 IU (30mg) (perlas azules)	Una cada 4-6 meses
12-24 meses	200,000 IU (60mg) (perlas rojas)	Una cada 4-6 meses



- Las cápsulas de vitamina A no deben refrigerarse ni congelarse.
- Por ninguna razón dé a la madre o a los familiares las cápsulas de vitamina A.
- No pinche o muerda la cápsula para abrirla.

Reunión sobre la vigilancia epidemiológica de las neumonías y meningitis bacterianas

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con apoyo del Sabin Vaccine Institute y PneumoADIP, está organizando una reunión sobre la vigilancia epidemiológica de las neumonías y meningitis bacterianas en los niños menores de 5 años. La reunión se celebrará en São Paulo el 15 y 16 de diciembre de 2006.

Participarán los gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y los encargados de la vigilancia de las neumonías y meningitis en los países de las Américas. También participará personal de inmunización de la OPS en los países y en la Sede.

La reunión ofrecerá a los participantes la oportunidad de intercambiar información y experiencias y validar los lineamientos regionales de vigilancia que está formulando la OPS. Estas directrices se basan en criterios estandarizados de definición de casos, los datos que deben recopilarse y la frecuencia de la presentación de informes.

La retroalimentación proporcionada durante la reunión se incorporará en la versión definitiva de las directrices, que posteriormente se imprimirán y se distribuirán a todos los países.

La neumonía es una de las causas principales de morbilidad, hospitalización y mortalidad entre los niños menores de 5 años en las Américas. Antes de que se introdujera la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en los esquemas de vacunación de rutina de la mayoría de los países, la neumonía y la meningitis graves en los niños se debían con mayor frecuencia a Hib. Actualmente, el neumococo es la bacteria que con mayor frecuencia causa neumonía y meningitis graves en los niños.

Hay dos vacunas contra afecciones neumocócicas invasivas: la vacuna de polisacáridos, para adultos, y la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente, para niños menores de 2 años. Esta última abarca hasta 60% de los serotipos

prevalentes en la Región, y están desarrollándose nuevas vacunas contra más serotipos. La OPS está cooperando con países de la Región para generar información epidemiológica estandarizada sobre las afecciones neumocócicas invasoras y mejorar la vigilancia a fin de apoyar la introducción de nuevas vacunas y evaluar su efecto. ■

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 5 • Octubre 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/inmunización>
