

# Protegiendo la Salud de las Américas: Avanzando de la vacunación de los niños a la de la familia



I  
N  
F  
O  
R  
M  
E  
  
F  
I  
N  
A  
L

**XVII Reunión del Grupo Técnico Asesor  
sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación  
Ciudad de Guatemala, Guatemala - 25-27 de julio de 2006**



Unidad de Inmunización  
Área de Salud Familiar y Comunitaria



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

# GRUPO TÉCNICO ASESOR SOBRE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

JULIO DE 2006, GUATEMALA

## INDICE DE CONTENIDO

GRUPO TÉCNICO ASESOR SOBRE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN _____	2
AVANZANDO DE LA VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS A LA DE LA FAMILIA _____	3
INMUNIZACIÓN DE RUTINA _____	6
RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA _____	8
SARAMPIÓN _____	12
POLIOMIELITIS _____	15
RED DE LABORATORIO _____	17
NUEVAS VACUNAS Y VACUNAS SUBUTILIZADAS _____	19
ROTAVIRUS _____	20
NEUMOCOCO _____	22
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO _____	23
FIEBRE AMARILLA _____	25
INFLUENZA _____	27
TÉTANOS NEONATAL _____	30
FORTALECIMIENTO DE LA GERENCIA DEL PROGRAMA _____	32
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS DE COBERTURA REPORTADOS _____	33
SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS _____	34
VACUNACIÓN SEGURA _____	36
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE INMUNIZACIÓN _____	38

# GRUPO TÉCNICO ASESOR SOBRE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

## Miembros – 2006

**Dr. Steve Cochi**

Asesor Técnico, División de la Inmunización Global  
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades  
Atlanta, Georgia, Estados Unidos

**Dr. J. Peter Figueroa**

Jefe, Epidemiología y SIDA  
Ministerio de Salud  
Kingston, Jamaica

**Relator**

**Dr. Akira Homma**

Director, Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos, Bio-Manguinhos  
FIOCRUZ  
Rio de Janeiro, Brasil

**Dra. Arlene King**

Director General, Preparación para Pandemias  
Agencia de Salud Pública del Canadá  
Ottawa, Ontario, Canada

**Dr. Fernando Muñoz Porras**

Ministerio de Salud  
Santiago, Chile

**Dr. Ciro A. de Quadros**

Presidente interino  
Sabin Vaccine Institute  
Washington, D.C., Estados Unidos

**Presidente**

**Dr. Roberto Tapia-Conyer**

Sub-Secretario de Prevención y Promoción  
Ministerio de Salud  
México, D.F., México

**Dr. Jon K. Andrus**

Asesor Técnico Principal, Unidad de Inmunización  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., Estados Unidos

**Secretario Ad-hoc**

**Dra. Gina Tambini**

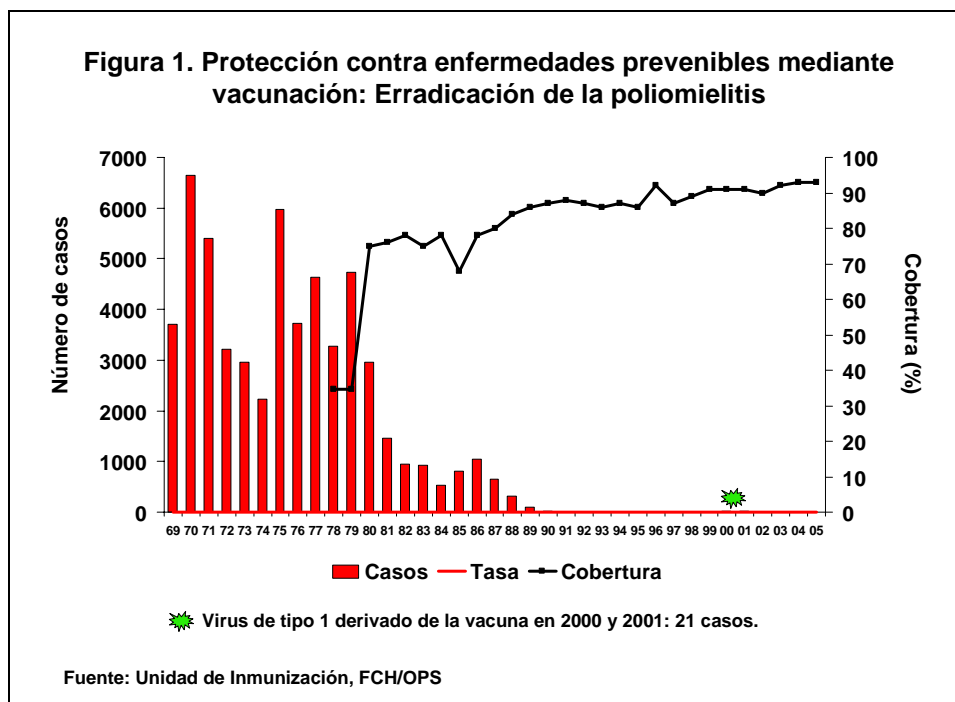
Gerente, Área de Salud Familiar y Comunitaria  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., Estados Unidos

**Co-Secretaria**

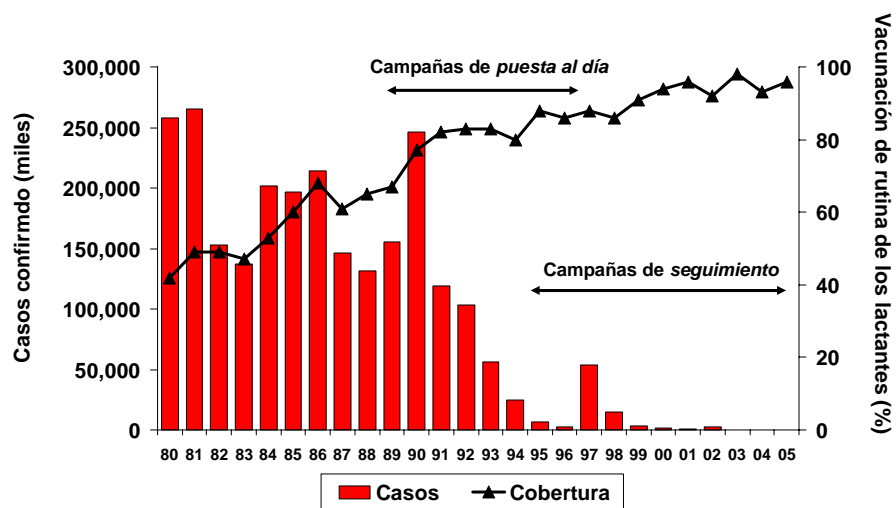
## PROTEGIENDO LA SALUD DE LAS AMÉRICAS: AVANZANDO DE LA VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS A LA DE LA FAMILIA

La XVII.<sup>a</sup> Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se llevó a cabo del 25 al 27 de julio de 2006 en la Ciudad de Guatemala, Guatemala. El GTA reconoció el considerable progreso logrado por los países miembros desde el último GTA en 2004 y la alta calidad de las presentaciones y resúmenes elaborados para esta reunión. Este año, el GTA se enfocó en los nuevos desafíos que conlleva la transición de la inmunización de los niños a la de la familia. Al tratar esta agenda inconclusa – protegiendo los logros y enfrentando nuevos desafíos – los representantes de los países de la Región de las América compartieron experiencias adquiridas desde el último GTA.

Aunque la poliomielitis fue erradicada de la Región hace 15 años (figura 1), la transmisión del sarampión autóctono fue eliminada en noviembre de 2002 (figura 2) y el tétanos neonatal fue eliminado en todos los países de la Región con excepción de uno (figura 3), aún hay retos pendientes con otras enfermedades prevenibles mediante vacunación que amenazan a poblaciones vulnerables. La labor continúa con campañas para mantener la eliminación del sarampión y la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, con iniciativas para introducir nuevas vacunas y vacunas subutilizadas (vacunas contra influenza, fiebre amarilla, rotavirus, neumococo conjugado y virus de papiloma humano) e implementar técnicas de vigilancia epidemiológica mejoradas, garantías de la seguridad de la vacunación y un manejo de datos mejorados.



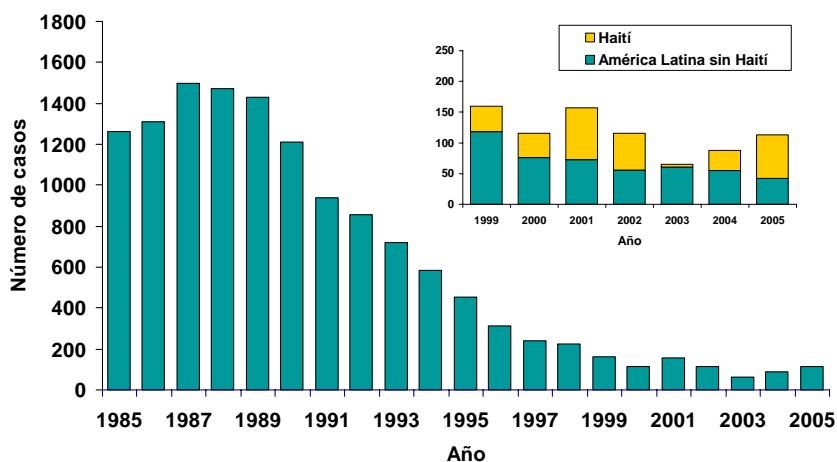
**Figura 2. Protección contra enfermedades prevenibles mediante vacunación: Eliminación del sarampión**



Fuente: Unidad de Inmunización, FCH/OPS

Nota: 81 casos confirmados en 2005.

**Figura 3. Protección contra enfermedades prevenibles mediante vacunación: Eliminación del tétanos neonatal**



Países con casos en los 3 últimos años: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Fuente: informes de los países.

La inmunización es una de las intervenciones de salud pública más costo-efectiva, por lo tanto los países deben prepararse para enfrentar los desafíos que serán aún más difíciles con la aparición de múltiples nuevas vacunas en el siglo 21, siglo que será conocido como el siglo de las vacunas. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) contribuye significativamente al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducción de mortalidad infantil y el mejoramiento de la salud materna y es una de las herramientas clave en la promoción del desarrollo socioeconómico.

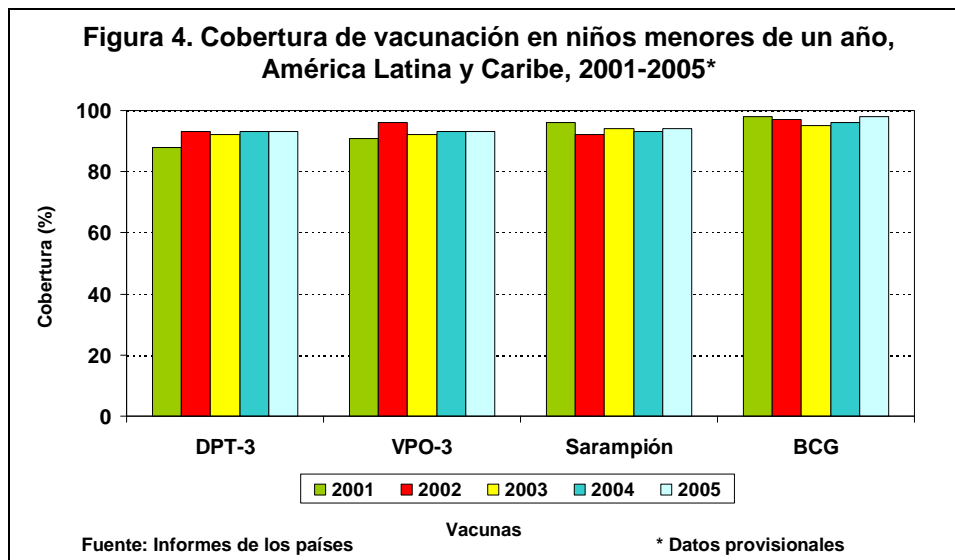
El Dr. Ciro de Quadros, Presidente del GTA, inauguró la reunión. Lo siguió el Dr. Rudy Eggers de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, quien reiteró el llamado a la acción para eliminar la rubéola. La Dra. Mercy Ahun presentó en nombre de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), recalcando la necesidad de continuar el apoyo a los países más pobres del mundo. La Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS, ofreció a los participantes un informe del progreso en el cumplimiento de las recomendaciones hechas durante la reunión del GTA de 2004 en la Ciudad de México. Representantes de diversas organizaciones, tales como los Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), GAVI, PATH, Sabin Vaccine Institute y UNICEF también tuvieron la oportunidad de intervenir para sostener los programas de inmunización de la Región. El Dr. Joxel García, Director Adjunto de la OPS, y el Sr. Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro de Salud de Guatemala, abrieron la reunión de manera oficial, subrayando la importancia de lograr y sostener iniciativas Regionales tales como la eliminación del sarampión y la rubéola. El Dr. Jon Kim Andrus y la Dra. Gina Tambini ocuparon los puestos de Secretario *ad-hoc* y Co-Secretaria de la reunión, respectivamente.

Los Miembros del GTA tuvieron el placer de observar que la OPS continua proveyendo liderazgo para tratar temas críticos sobre inequidades en salud, fortaleciendo la infraestructura de salud pública, promoviendo la cultura de la prevención, estimulando el compromiso político y promoviendo la excelencia en la cooperación técnica y que la Unidad de Inmunización continua sirviendo a los países como Programa Regional con el apoyo de:

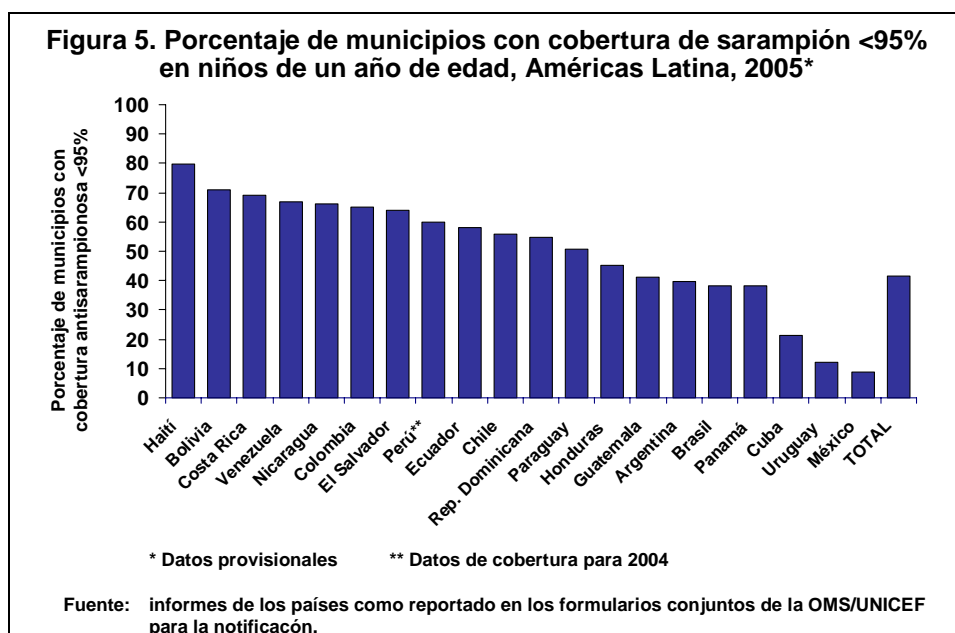
- Un comité regional de coordinación inter-agencial para revisar y galvanizar fondos donde existen brechas de recursos, el cual reconoce a la OPS como su secretaría técnica;
- Reuniones subregionales de los gerentes del PAI;
- Metas y objetivos estándares para mejorar las coberturas de inmunización y la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles;
- Planes de Acción nacionales con objetivos claros para implementar y ejecutar estrategias para alcanzar metas;
- El desarrollo de capacidades tanto institucionales como de personal; y
- Un grupo técnico asesor que se reúne regularmente para revisar el progreso del Programa.

## INMUNIZACIÓN DE RUTINA

La cobertura de rutina de las vacunas BCG, DPT-3 y polio-3 en niños <1 año y de las vacunas contra el sarampión en niños de 1 año de edad permanecen sobre el 90% a nivel Regional (figura 4). Asimismo, desde 2006, todos los países de la Región con excepción de Haití están utilizando la vacuna SRP y han introducido las vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y hepatitis B, siendo 31 los países que utilizan la vacuna pentavalente.<sup>1</sup>



Aunque las coberturas a nivel nacional reportadas son altas en toda la Región, las coberturas son heterogéneas a nivel municipal, donde hay una proporción significativa de municipios que reportan coberturas <95% (figura 2).



<sup>1</sup> La vacuna pentavalente se refiere a la combinación de DPT-Hib-hepatitis B.

Dado que la equidad es un principio clave de la cooperación técnica de la OPS, los programas nacionales de inmunización y el apoyo que ofrece la OPS deben continuar enfocándose en incrementar recursos y desarrollar estrategias que permitan alcanzar a todo niño y familia en estos municipios de bajo rendimiento.

**Recomendación:**

- El GTA reafirma la recomendación que todos los países deben lograr una cobertura de vacunación  $\geq 95\%$  con todos los biológicos en cada uno de sus municipios.

## RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

La rubéola es una enfermedad febril eruptiva autolimitada con pocas complicaciones. Sin embargo, si una mujer contrae la infección durante los primeros meses de gestación, el virus de la rubéola puede tener consecuencias devastadoras y causar un síndrome llamado síndrome de rubéola congénita (SRC). La alta probabilidad de infección fetal (90% si la infección ocurre antes de la 11.<sup>a</sup> semana de gestación) y la severidad de sus manifestaciones, entre ellas el aborto espontáneo, mortinato, retraso mental y serios defectos al nacer como sordera, ceguera y cardiopatía congénita, resaltan la importancia de implementar estrategias de prevención efectivas contra esta enfermedad. Se ha estimado que antes que la vacuna fuera introducida en los esquemas nacionales de inmunización, más de 20.000 niños nacían con SRC cada año en la Región.

En 2003, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la Resolución CD44.RD que hace un llamado a eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010, eliminación que ha sido definida en las Américas como la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola en todos los países y la ausencia de casos de SRC autóctonos. Como los seres humanos son el único huésped del virus de la rubéola y existe una vacuna altamente efectiva (>95% de eficacia) de bajo precio y que ofrece inmunidad de por vida, la eliminación es una meta alcanzable. Ésta se convertirá en el segundo logro más grande de la inmunización en las Américas en el siglo 21, siguiendo la interrupción de la transmisión del sarampión autóctono en 2002.

Como parte de sus esfuerzos para lograr la eliminación, los países deben llevar a cabo una campaña masiva única, vacunando a hombres y mujeres con la vacuna SR o SRP<sup>2</sup>, tomando en consideración los siguientes requisitos para garantizar que una campaña de calidad sea implementada:

- El grupo de edad a ser vacunado debe ser determinado en base a la epidemiología de la rubéola en el país, una evaluación de la población susceptible, el año de introducción de la vacuna contra la rubéola, campañas de vacunación contra la rubéola posteriores y la necesidad de proteger a mujeres en edad fértil (MEF).
- Las campañas de calidad requieren la vacunación de mujeres y hombres, incluyendo a adultos susceptibles, y que se alcancen niveles de cobertura cercanos al 100% de la población objetivo.
- Se debe garantizar una alta participación y compromiso político.
- Se requiere de una intensa movilización social y micro-planificación local para asegurar la completa participación de la población.
- El sistema de información debe ser práctico y útil.
- Se debe contar con la capacidad de detectar y dar una respuesta rápida a las inquietudes sobre seguridad y otros temas que surjan durante las campañas.

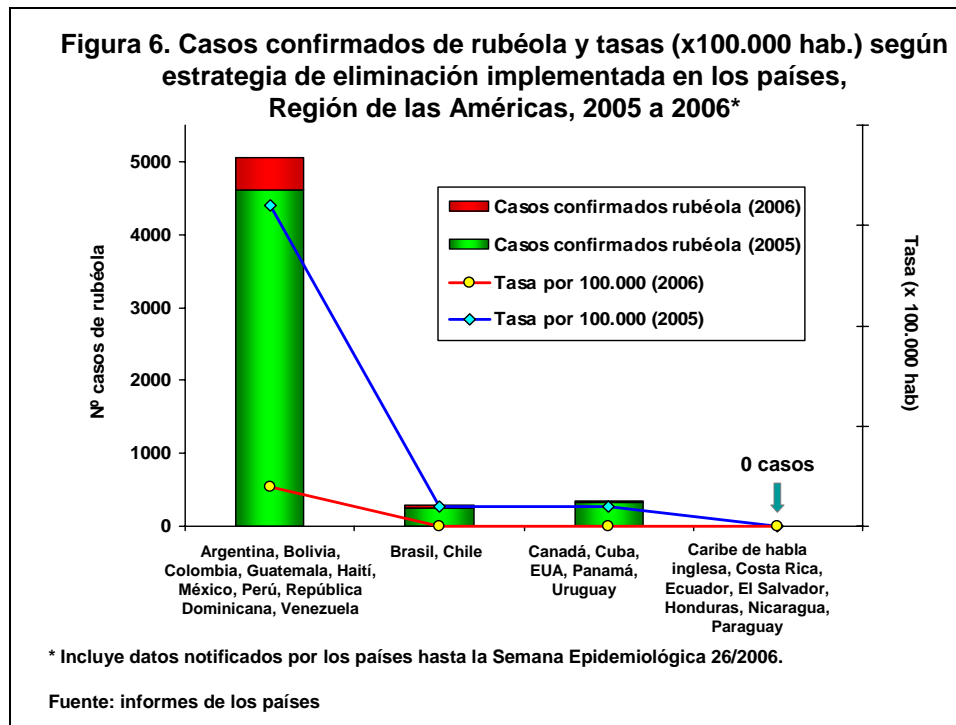
La implementación de campañas únicas y masivas de vacunación de alta calidad en hombres y mujeres ha probado ser efectiva en las Américas y los países han conseguido la interrupción de la transmisión. Los países que aún cuentan con un acúmulo de susceptibles por no vacunar a hombres y mujeres (países que sólo vacunaron a mujeres, por ejemplo) todavía tienen un nivel bajo de transmisión endémica del virus de la rubéola y, potencialmente, ponen en riesgo al resto de la Región.

Hasta junio 2006, 37 (80%) de los países y territorios de las Américas han implementado planes de vacunación (lo que se traduce en 75% de la población de la Región) y han obtenido coberturas >95%. Se espera que los siete países restantes finalicen sus campañas para junio de 2007.

---

<sup>2</sup> Los temas de seguridad y suministro/costo deben ser considerados cuando se utilice la vacuna SRP.

El progreso regional hacia la eliminación de la rubéola ha sido extraordinario. El número de casos confirmados de rubéola disminuyó en 96,2% entre 1998 y 2005 (de 135.947 a 5.209).<sup>3</sup> El impacto ha sido mayor en países que vacunaron a hombres y mujeres (0 casos de rubéola después de las campañas), en comparación con otros países donde sólo mujeres fueron vacunadas (N = 254, tasa = 0,1 por 100.000). La incidencia de la rubéola ha sido mayor en los grupos de países que aún no han implementado campañas de vacunación (N = 4.618, tasa = 1,6 por 100.000) (figura 6).



La vigilancia integrada de sarampión y rubéola se ha fortalecido. Hasta la semana epidemiológica 26 de 2006, 97% de los casos sospechosos habían sido descartados después de pruebas de laboratorio. Pevio a la implementación de la estrategia de eliminación, menos de 20% de los casos de rubéola eran confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico; este porcentaje aumentó a 96% en 2005.

Los siete indicadores que el GTA endorsa son el porcentaje de sitios que notifican semanalmente, el porcentaje de casos con investigación adecuada, el porcentaje de casos con muestras de sangre adecuada, el porcentaje de muestras de sangre recibidas por el laboratorio en  $\leq 5$  días, el porcentaje de resultados de laboratorio reportados en  $\leq 4$  días, el porcentaje de casos descartados por laboratorio y el número de cadenas de transmisión con muestras representativas para el aislamiento viral. En general, el cumplimiento de tres de estos indicadores es bajo. Hasta la semana 26 de 2006, el porcentaje de casos con investigación adecuada era de sólo 78%, sólo 56% de las muestras fueron recibidas por el laboratorio en 5 días o menos y solamente 69% de los resultados de laboratorio fueron reportados en 4 días o menos.

Las mejores prácticas de salud pública están siendo identificadas para mejorar la vigilancia del SRC a nivel de la atención primaria, fortalecer la capacidad de identificar deficiencias en servicios de salud y garantizar la revisión de casos sospechosos de SRC por expertos. La meta del sistema de vigilancia

<sup>3</sup> Datos provisionales hasta la semana epidemiológica 28 de 2006.

del SRC es monitorear tendencias, ayudar en la identificación de reservorios de transmisión y servir como una herramienta clave de abogacía. En 2005, 1.952 casos sospechosos de SRC fueron reportados y 20 fueron confirmados.<sup>3</sup> Hasta la semana epidemiológica 26 de 2006, se habían reportado 342 casos sospechosos de SRC y uno había sido confirmado.

Se han logrado importantes avances en el desarrollo de la capacidad de los laboratorios para detectar y aislar virus de la rubéola, incrementando el conocimiento sobre los genotipos endémicos en la Región. El genotipo más frecuente es el 1C, seguido por el 1E y el 1g. Los últimos dos han sido asociados a casos importados por medio de investigaciones epidemiológicas. Sin embargo, el número de muestras para el aislamiento viral de la rubéola es aún limitado (en 2005, sólo 93 muestras fueron recolectadas para aislamiento) y debe ser incrementado substancialmente para mejorar la documentación de los reservorios del virus autóctono y de los genotipos virales importados.

La falta de suficientes resultados de laboratorio reportados en menos de 4 días es alarmante para el GTA. En algunos países, el cumplimiento de este indicador se ve afectado por el número de laboratorios subnacionales que no reciben suficientes muestras para procesarlas inmediatamente y esperan que las muestras se acumulen antes de procesarlas para evitar el desperdicio de kits de laboratorio. En otros países, el indicador es afectado por el registro tardío de los resultados de laboratorio en la base de datos nacional.

### **Recomendaciones:**

El GTA felicita a los países miembros por el significativo progreso regional que se ha alcanzado hacia la meta de eliminar la rubéola y el SRC para 2010. Dada las experiencias exitosas de los países, es posible lograr esta meta en las Américas.

#### Estrategias de vacunación

- En concordancia con las recomendaciones anteriores del GTA, se recomienda a los países endémicos implementar campañas únicas de vacunación masiva para hombres y mujeres y alcanzar  $\geq 95\%$  de cobertura.
- El GTA recomienda que los requisitos para campañas de alta calidad mencionados anteriormente sean considerados en el diseño e implementación de las campañas de vacunación masiva contra la rubéola. Los países que no vacunaron a todos los susceptibles en la población deben analizar sus datos para identificar la población masculina susceptible (en la cual una transmisión sostenida puede ocurrir) que debe ser vacunada. La OPS debe proporcionar apoyo en este proceso.
- El GTA hace un llamado a los países para que documenten sus experiencias, éxitos y lecciones aprendidas durante las campañas masivas de vacunación de adultos y que las compartan con el resto de países. Estas lecciones serán útiles para la introducción de la vacuna contra el VPH y, últimamente, para la introducción de una vacuna contra el VIH/SIDA.

#### Vigilancia epidemiológica

- La integración total de la vigilancia del sarampión y de la rubéola es un requisito y los laboratorios integrados son un aspecto importante del sistema de vigilancia. El énfasis debe estar en la vigilancia activa. Excepto en condiciones de brote, todas las muestras deben pasar por pruebas de sarampión y rubéola.

- Los países deben asegurar que los indicadores cumplan con los estándares recomendados. Se debe prestar especial atención a los grupos de casos sospechosos y áreas silenciosas.
- Los países deben revisar y mejorar la calidad de sus sistemas de vigilancia e información, contando con el apoyo de la OPS cuando sea necesario.
- El GTA apoya las siguientes recomendaciones alcanzadas en consenso por los participantes de la reunión *ad-hoc* de expertos para establecer las mejores prácticas de vigilancia del SRC:
  - Se debe incrementar la sensibilidad y la calidad del sistema de vigilancia del SRC, por medio del fortalecimiento del reporte de sitios centinela, incluyendo hospitales de nivel secundario y terciario, clínicas especializadas, especialistas y el uso de TORCHS<sup>4</sup> para diagnóstico diferencial como parte del sistema de vigilancia.
  - Se debe fortalecer el uso de la información de los Sistemas de Información Perinatal del CLAP<sup>5</sup> y ECLAMC<sup>6</sup> y las bases de datos nacionales relacionados con la salud infantil y materna para incrementar su capacidad de detección de casos de SRC.
  - Se debe crear alianzas con profesionales y asociaciones académicas para capacitar a profesionales y hacerlos partícipes de los esfuerzos de vigilancia del SRC. Los módulos y guías prácticas publicadas por la OPS deberán ser distribuidas con este propósito.
  - Se debe reunir a un equipo multidisciplinario en cada país a nivel nacional, similar al utilizado para la erradicación de la polio, para evaluar y clasificar casos sospechosos.

### Laboratorio

- El número de muestras clínicas colectadas para el aislamiento viral debe ser incrementado para documentar los genotipos endémicos y la interrupción de la transmisión endémica de la rubéola en las Américas.
- En una mujer embarazada, la prueba de IgM deber ser realizada sólo cuando hay una historia de erupción o contacto con una erupción parecida a la de la rubéola. La prueba de IgM NO se recomienda como examen prenatal de rutina.
- Se debe promover la realización de pruebas de laboratorio serológicas y virológicas para todos los casos sospechosos de SRC.
- El GTA recomienda que la OPS revise las redes de laboratorios, prestando una atención particular a las redes subnacionales, para identificar las áreas problemáticas y proponer acciones correctivas.

---

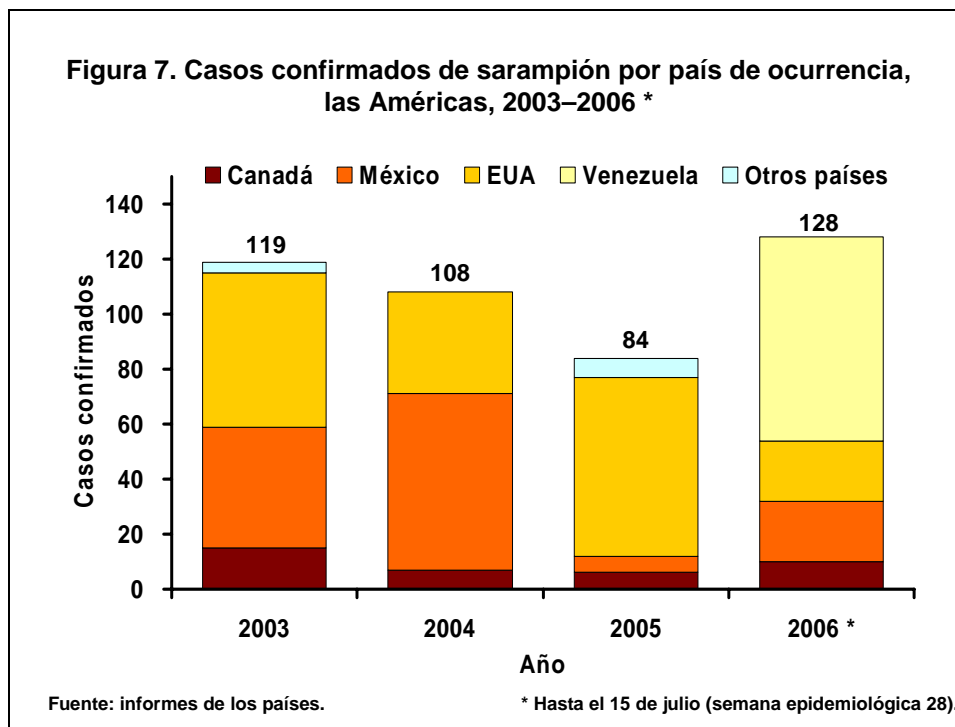
<sup>4</sup> TORCHS significa *Toxoplasma gondii*; otros virus (VIH y más); rubéola; citomegalovirus; herpes simplex; y sífilis.

<sup>5</sup> Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

<sup>6</sup> Estudio Colaborativo Latinoamericano sobre Malformaciones Congénitas

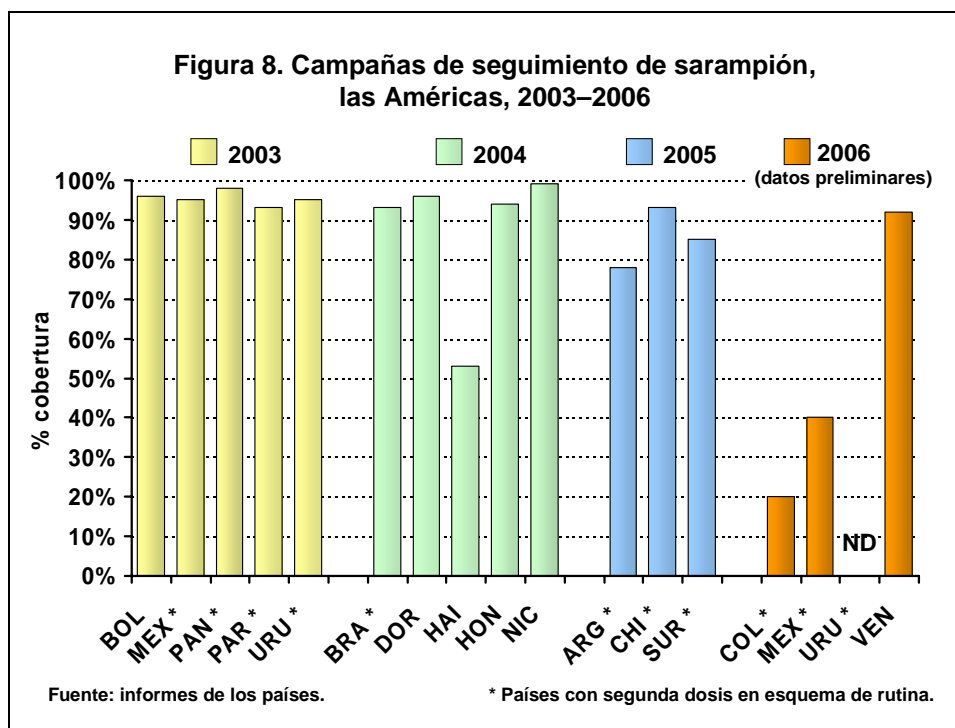
## SARAMPIÓN

La ausencia de la transmisión del virus del sarampión desde noviembre de 2002 es prueba del éxito de la iniciativa de eliminación del sarampión en las Américas. Sin embargo, la circulación endémica del virus del sarampión en otras partes del mundo pone a nuestra Región bajo la constante amenaza de importaciones. De los 370 casos de sarampión reportados en las Américas entre enero 2003 y abril 2006, 51% fueron positivamente relacionados con una importación, originándose de todas las otras Regiones de la OMS. Seis brotes con >10 casos fueron detectados desde 2003 (rango = 10-108 casos) (figura 7).



Los países deben evitar hacerse indiferentes ante el riesgo de importaciones de sarampión y el posible reestablecimiento de la transmisión endémica de esta enfermedad. Los brotes en México y Venezuela, que muestran casos de sarampión en niños de 1 a 4 años de edad, indican un debilitamiento en la vacunación de rutina. Las campañas de *seguimiento* nacionales que debieron ser realizadas cada 3 a 4 años han sido canceladas o pospuestas indefinidamente en algunos países. Finalmente, los indicadores de la vigilancia integrada de sarampión/rubéola no han mostrado una mejora o han empeorado.

Mientras existan áreas de inequidad en las Américas, el reestablecimiento de la circulación endémica del virus del sarampión una vez importado continua siendo una posibilidad que retrasaría el progreso logrado en reducir la mortalidad infantil de manera significativa. Aún cuando la cobertura de vacunación contra el sarampión a nivel Regional fue de 93% en 2004, 42% de municipios tuvieron una cobertura <95%, indicando que la cobertura aún no es homogénea y que existen bolsones de grupos susceptibles en nuestra Región (figura 8). La decisión por algunos países de Latinoamérica y el Caribe de vacunar con una segunda dosis de rutina en lugar de campañas de *seguimiento* es preocupante ya que muchos niños marginados y difíciles de alcanzar tal vez nunca tengan una oportunidad de ser vacunados contra el sarampión y representa un riesgo de grandes brotes.



### Recomendaciones:

El GTA reconoce los importantes esfuerzos que los países han realizado hacia el mantenimiento de la eliminación del sarampión en las Américas. Para asegurar su sostenibilidad a largo plazo en la ausencia de una meta global de erradicación, el GTA recomienda:

- Los países deben identificar a los municipios con cobertura <95% con vacuna antisarampionosa y diseñar estrategias para lograr y mantener una cobertura en el rango 95%-100% en todos los municipios.
- Campañas nacionales de *seguimiento* de alta calidad (coberturas  $\geq 95\%$  en cada municipio) deben ser implementadas cada 3 a 4 años (o antes si los cálculos muestran una acumulación de susceptibles >80% de la típica cohorte de recién nacidos), independientemente de que una segunda dosis de SRP esté incluida en el esquema nacional de inmunización. Sólo cuando coberturas  $\geq 95\%$  para cada una de las dos dosis de SRP estén garantizadas en todos los municipios se podrá pasar por alto las campañas de *seguimiento*.
- La Semana de Vacunación en la Américas, dirigida a municipios con baja cobertura y grupos de población difíciles de alcanzar y sub-atendidos, representa una excelente oportunidad para llegar a niños no vacunados.
- La vacunación de grupos profesionales en riesgo, tales como los trabajadores de la salud, el transporte y el turismo, es recomendada y debe ser verificada regularmente por medio de un proceso formal establecido.

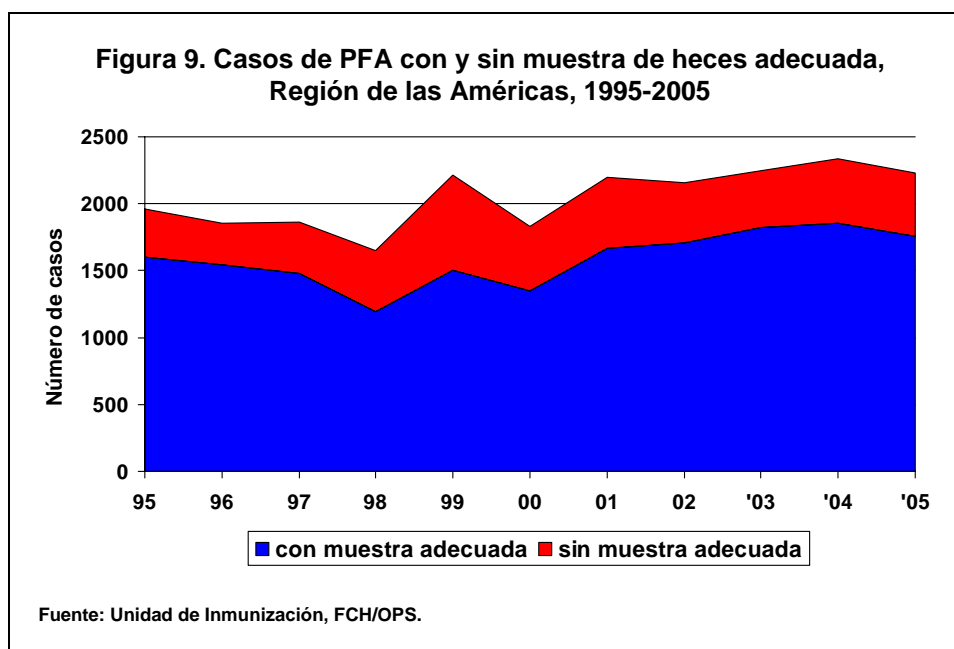
- Todos los residentes de las Américas que viajen a áreas con casos reportados de sarampión (o rubéola) deben ser inmunes al sarampión (y a la rubéola) antes de su salida. No se recomienda requerir prueba de vacunación para viajeros que lleguen a la Región.
- La vigilancia integrada del sarampión/rubéola debe incluir a instituciones privadas, tales como aquellas que utilizan los turistas, para incrementar la sensibilidad y la oportuna detección de casos.
- Se necesita alcanzar y monitorear constantemente todos los indicadores de vigilancia para el sarampión/rubéola para garantizar su cumplimiento cuando sea necesario y la alta calidad y sensibilidad de la vigilancia. Para proteger la Región contra el impacto de importaciones, los países deben asegurar coberturas antisarampionosas  $\geq 95\%$  en todos los municipios y una vigilancia de alta calidad y muy sensitiva.
- El GTA apoya las conclusiones del informe final y recomendaciones de la Red de Laboratorios de Sarampión/Rubéola.

Durante la sesión sobre sarampión de la reunión, Uruguay presentó datos sobre el brote continuo de papera. Debido a que datos sobre el brote han revelado nuevos grupos de riesgo de infección, el GTA recomienda que la OPS conduzca una evaluación Regional sobre la epidemiología de las paperas en las Américas, la cual será presentada durante la próxima reunión del GTA.

## POLIOMIELITIS

El Hemisferio Occidental fue certificado libre de la circulación del virus salvaje de la polio en 1994; el último caso de poliomielitis causado por el virus salvaje fue detectado en Perú en 1991.

La vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) sigue en pie en la Región de las Américas. La tasa de PFA continua por encima de 1/100.000 niños <15 años de edad y la proporción de muestras adecuadas continúa siendo aproximadamente 80%. El nivel de cumplimiento de este indicador resalta la necesidad de que un organismo independiente ayude a cada país para la clasificación del 20% restante de casos (~400-500 casos por año) sin muestras adecuadas (figura 9).



La viabilidad de la erradicación global de la poliomielitis en un futuro cercano fue reafirmada en Ginebra en 2005 por el Comité Asesor sobre la Erradicación de la Poliomielitis (*Advisory Committee on Polio Eradication/ACPE*) y en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2006. La transmisión del poliovirus autóctono aún ocurre en Nigeria, India, Pakistán y Afganistán así como en varios otros países que previamente estuvieron libres de la poliomielitis y que recientemente han sido re infectados. Estos países incluyen varios en África, por ejemplo Angola, los cuales tienen nexos cercanos con las Américas. Es por esto que, después de 15 años de haber erradicado el virus salvaje de la polio, la Región de las Américas continúa en riesgo constante de importaciones de polio provenientes de países donde el virus aún circula ampliamente. El número de casos de poliomielitis en el mundo fue de 1.255 en 2004 y de 1.951 en 2005.

El brote de polio derivado de la vacuna en la República Dominicana y Haití (2000-2001) resalta el riesgo que conlleva una baja cobertura de con vacuna oral contra la polio (VOP) en países y municipios y el riesgo de fallar en la detección oportuna de la circulación del virus de la polio. El GTA apoya la necesidad de minimizar la posibilidad de reintroducción del virus salvaje de la polio a través de la contención de cepas de polio en los laboratorios. Siete países entre 44 países y territorios ya han completado la fase I de la contención. Aunque ya habido progreso al respecto, los países deben esforzarse al máximo para concluir la fase I de la contención a fines de 2006.

**Recomendaciones:**

- La vacuna oral contra la polio (VOP) continúa siendo la vacuna de elección en la fase final de la erradicación global de la polio.
- Para reducir el riesgo de importaciones y prevenir otro brote causado por un poliovirus derivado de la vacuna Sabin, los países que no han logrado una cobertura con VOP  $\geq 95\%$  en cada municipio deben efectuar campañas anuales de inmunización con VOP para niños menores de 5 años de edad, independientemente de su estado de vacunación.
- Los países deben mantener una vigilancia de la PFA de alta calidad, fortaleciendo así la red de laboratorios de polio, y completar la fase I de la contención de laboratorio del virus salvaje de polio para fines de 2006. La OPS debe establecer un panel de expertos para revisar los informes sobre la contención de laboratorio de los países y proporcionar retroalimentación a éstos. Todos los países en la Región deben mantener una alta cobertura de vacunación de por los menos  $\geq 95\%$  en niños menores de 5 años en cada municipio.
- Los países en la Región deben establecer un grupo o comisión nacional de expertos que examine de cerca los casos sin muestras de heces adecuadas. Cada uno de estos casos debe ser acompañado por un informe escrito que especifique la clasificación final y los criterios utilizados por el grupo de expertos para determinar esta clasificación.

## REDES DE LABORATORIO

### **Red de laboratorio de sarampión y rubéola**

La red de laboratorios de sarampión/rubéola continúa su función de apoyar la vigilancia de sarampión/rubéola en la Región, ya que la red provee información crucial para confirmar o descartar casos sospechosos, identificar cepas de virus circulando en la Región y evaluar el impacto de las actividades durante campañas de vacunación masiva que son clave para la vigilancia.

Las investigaciones de laboratorio han mejorado por medio del uso de métodos diagnósticos y reactivos estandarizadas, así como mediante la implementación de un programa de evaluación de calidad, el cual incluye una revisión anual de acreditación, pruebas de competencia y el reporte de indicadores de laboratorio. Aunque se ha progresado considerablemente en asegurar el acceso a servicios de calidad en toda la red de laboratorios en la Región, esfuerzos adicionales son necesarios para mejorar los resultados en completar los informes mensuales sobre la vigilancia del sarampión así como entregarlos oportunamente.

Continúan los desafíos en mantener la calidad y los recursos que la red de laboratorios para sarampión y rubéola necesita. Estos incluyen la identificación de recursos financieros para los insumos de laboratorio para las pruebas de sarampión y rubéola y fomentar la integración de éstos costos en los presupuestos nacionales de vigilancia en la medida de lo posible.

#### **Recomendaciones:**

El GTA endorsa todas las recomendaciones de la reunión de la red de laboratorios de sarampión/rubéola que se celebró antes de la reunión del GTA el 23 de julio en Guatemala y destaca lo siguiente:

- Las pruebas de laboratorio son un componente central de la vigilancia del sarampión, la rubéola y el SRC. Se estimula a los países a incorporar los costos de laboratorio en sus presupuestos de vigilancia.
- Los laboratorios deben establecer una relación de trabajo cercana con los epidemiólogos para asegurar que muestras adecuadas sean recolectadas para la serología y aislamiento viral, así como para asegurar que los datos sean registrados y reportados de manera oportuna y fidedigna. El personal de los laboratorios debe participar en comités nacionales para discutir la clasificación final de los casos de sarampión/rubéola.
- El genotipo de virus debe ser determinado para todas las cadenas de transmisión de sarampión y rubéola y se deben haber esfuerzos para recolectar muestras con este fin.
- La OPS debe continuar su labor de abogacía con los gobiernos nacionales y con los socios para continuar apoyando la red de laboratorios de sarampión y rubéola como la primera defensa contra las importaciones de los virus de sarampión provenientes de otras regiones del mundo y para apoyar la eliminación de la rubéola en las Américas.

## **Red de laboratorios de polio**

La detección de importaciones del virus salvaje de la polio en varios países previamente libres de polio resalta el riesgo que corren los países a causa de no mantener altas coberturas de inmunización contra la polio. Por lo tanto, la red de laboratorios de polio debe continuar proporcionando resultados rápidos y de calidad, los cuales son importantes para el monitoreo y la verificación de la ausencia de circulación del virus en la Región y para el progreso hacia la erradicación global de la polio. La contención del poliovirus en laboratorios de la Región de las Américas esta progresando hacia la finalización de la fase I y la labor para completar encuestas e inventarios continúa.

### **Recomendaciones:**

- La OPS debe continuar su apoyo a los países miembros para movilizar recursos por medio de alianzas con socios. Estos son necesarios para el apoyo continuo y la sostenibilidad de las actividades de la red de laboratorio de polio.
- Todas las instituciones que actualmente cuentan con laboratorios de polio deben comprometerse a garantizar la calidad técnica y el rendimiento de todo el personal de laboratorio para minimizar el riesgo de diseminación de material infeccioso a los trabajadores y el ambiente.
- Los laboratorios de la red deben presentar los resultados de las pruebas de sensibilidad celular al coordinador regional de laboratorio dentro de 48 horas de haber completado dichas pruebas. Si se demuestra una sensibilidad reducida para la detección de polio, el coordinador de laboratorio debe asistir en la implementación de un plan de seguimiento.
- Se debe enviar los poliovirus aislados a uno de los tres laboratorios acreditados como laboratorios de diferenciación intratípica (*intratypic differentiation/ ITD*) (Fiocruz en Brasil, Malbrán en Argentina y los CDC en los EUA) en menos de 7 días siguiendo de la detección. Los resultados de la prueba ITD deben ser reportados por el laboratorio ITD en menos de 14 días después de haber recibido los poliovirus aislados.
- Los laboratorios deben reportar todas las ITD discordantes y resultados de virus salvaje de polio a las autoridades nacionales y al coordinador regional de laboratorio de la OPS dentro de 24 horas para facilitar la implementación de intervenciones de salud pública.
- La red de laboratorios debe continuar su participación en actividades que garanticen la finalización de la fase I de contención en toda la Región y abogar por la contención de la polio en espacios científicos apropiados y con los gobiernos nacionales. Se debe destruir todos los materiales que potencialmente contengan el virus salvaje de la polio.

## NUEVAS VACUNAS Y VACUNAS SUBUTILIZADAS

En la última década se han desarrollado varias nuevas vacunas y otras se encuentran en proceso de desarrollo. Este extraordinario progreso en biotecnología proporcionará numerosas nuevas vacunas al arsenal médico. Los países se verán enfrentados al importante desafío de incorporar su uso en los programas nacionales de inmunización, cuando amerite.

Por lo tanto, se insta a los países a que revisen los criterios para la introducción de nuevas vacunas y utilicen las lecciones aprendidas de la introducción de otras vacunas como Hib y hepatitis B. Los estudios sobre la carga de enfermedad y análisis económicos y otras actividades, son fundamentales para el proceso de toma de decisiones. En relación a las nuevas vacunas contra el rotavirus, neumococo y VPH, la actividad principal a ser priorizada es el trabajo coordinado con otras organizaciones o grupos que ya han desarrollado planes para el control de diarreas, infecciones respiratorias agudas y cáncer cervicouterino.

Debido a que el precio de estas nuevas vacunas será significativamente más alto que el de las vacunas infantiles tradicionales, la introducción de nuevas vacunas deberá basarse en evidencia de su costo-efectividad. Con este objetivo, la OPS se encuentra desarrollando una metodología para capacitar a los gerentes de los programas nacionales de inmunización en la evaluación del costo-efectividad de estas nuevas tecnologías. Esta iniciativa conocida como Pro-Vac será lanzada en septiembre de 2006 con un taller regional a realizarse en Washington, D.C. (ver sección sobre *Sostenibilidad financiera de los Programas de Inmunización*, página 38).

La iniciativa presentada por el Sabin Vaccine Institute en relación al desarrollo de una nueva vacuna contra la anquilostomiasis, es un nuevo modelo para el desarrollo e introducción de nuevas vacunas, utilizando estrategias innovadoras, como la transferencia temprana de tecnología a un país endémico que tiene capacidades de producción de vacuna, y otras modalidades de alianzas. La vacuna contra la anquilostomiasis presenta una enorme oportunidad para abarcar un problema de salud pública causado por una enfermedad importante pero olvidada.

### **Recomendación:**

- Los países deben realizar análisis económicos para evaluar la introducción de medidas de intervención. Estos análisis deben seguir metodologías estandarizadas, de acuerdo a la iniciativa Pro-Vac, con el fin de obtener resultados comparables.

## ROTAVIRUS

La infección por rotavirus es la causa más importante de las diarreas en niños menores de cinco años en todos los países del mundo. Es responsable de alrededor de 600 mil muertes anuales y aproximadamente 40% de las hospitalizaciones por diarrea en menores de 5 años de edad. Con los datos disponibles, el rotavirus causa aproximadamente 75,000 hospitalizaciones y cerca de 15,000 muertes anuales en la Región de las Américas. La incidencia de la infección por rotavirus es similar en los países en desarrollo y en los desarrollados, sin embargo, 80% de las muertes ocurren en países en desarrollo.

Actualmente 10 países de la Región de las Américas (Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Venezuela y cuatro países del Caribe de habla inglesa) tienen la vigilancia de diarreas por rotavirus estandarizada según la guía de vigilancia de esta enfermedad de la OPS y están reportando los datos mensualmente. Los datos indican que alrededor de 39,9% de los casos sospechosos de diarreas fueron positivos para rotavirus en el año 2005 y que un 52,3% de los casos fueron positivos para rotavirus (Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Venezuela) hasta mayo de 2006. Se observa, en un análisis mensual, que el rotavirus presenta estacionalidad, siendo los meses de invierno el periodo de mayor porcentaje de positividad. En relación a los genotipos identificados en la Región, datos de literatura y de la vigilancia de diarreas por rotavirus han demostrado la emergencia del serotipo G9. La frecuencia de G3 y G9 son muy cercanas y sería posible que G9 esté reemplazando G3. El genotipo predominante en la Región es el P8. Para el año 2005, los países notificaron un 83,2% de casos sospechosos que tuvieron fichas epidemiológicas y muestras de heces colectadas. En los países que reportaron datos hasta mayo de 2006, el porcentaje era de 68,2%.

Actualmente existen dos vacunas disponibles en el mercado contra el rotavirus, las cuales ya están registradas por sus autoridades nacionales reguladoras. Una de ellas está en proceso de precalificación por la OMS y deberá tener los resultados hacia el final del año 2006, mientras que la otra posiblemente va a entregar su portafolio para análisis el próximo mes de septiembre. Brasil, México, Panamá y Venezuela han introducido la vacuna contra rotavirus, en algunas áreas prioritizadas, en el esquema de vacunación de rutina para los niños de 2-4 meses de edad. México ha introducido la vacuna en áreas seleccionadas del país y extenderá la vacunación en todo el país para mediados de 2007.

En el Sexto Simposio Internacional sobre el rotavirus celebrado en la Ciudad de México en julio de 2004 y convocado por la OPS, el Sabin Vaccine Institute, los CDC y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, los representantes de los Ministerios de Salud acordaron buscar mecanismos dentro de los procesos presupuestarios nacionales para la negociación con las altas autoridades a fin de garantizar la sostenibilidad de los programas de inmunización existentes y la introducción de nuevas vacunas y solicitaron que la OPS negociara con los proveedores para obtener precios asequibles.

### Recomendaciones:

- Todos los países de la Región deben implementar la vigilancia de diarreas por rotavirus estandarizada y altamente sensible en hospitales centinela para el final de 2006 con el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad en la Región y obtener datos que posibiliten la toma de decisiones basadas en evidencia sobre la introducción de la vacuna.

- Todos los países deben enviar sus datos de vigilancia de las diarreas por rotavirus mensualmente al sistema regional de vigilancia de la OPS para que sean consolidados a nivel de la Región y retroalimentados a los países miembros.
- Una gran proporción de los casos de diarrea hospitalizados no corresponden a la definición de caso estandarizada propuesta. La OPS debe asistir a los países para que se entienda mejor la definición de caso estandarizada y promover la amplia distribución de los lineamientos y la capacitación de los profesionales de la salud en su uso.
- Los países deben evaluar la capacidad de su cadena de frío en todos los niveles, los esquemas de vacunación y la disponibilidad de recursos humanos. También deben considerar la capacitación de los trabajadores de la salud sobre la utilización de la vacuna como actividades previas a su introducción.

## NEUMOCOCO

Se estima que la enfermedad neumocócica causa alrededor de 1,6 millones de muertes anualmente, de las cuales 800,000 son en niños menores de 5 años de edad. Las tasas de enfermedades invasivas por neumococo son más altas en los menores de 2 años, aunque ocurre en otros grupos de edad, principalmente en adultos mayores.

En el artículo sobre *Enfermedad neumocócica y vacunación antineumocócica en las Américas: programa de acción para la introducción acelerada de una vacuna*<sup>7</sup> publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, se reporta que los datos obtenidos por la red de vigilancia OPS/SIREVA indican que la distribución de los principales serotipos en las Américas no ha cambiado significativamente, comparándose los períodos 1993-1999 y 2000-2003, siendo el serotipo 14 el más aislado en la mayoría de los países. Con la información local de serotipos, la vacuna 7-valente cubriría un 65% de los serotipos, la 9-valente un 77% y la 11-valente un 83%. La sensibilidad antimicrobiana también se ha monitoreado. La resistencia a penicilina ha incrementado desde un 14,7 % en 1993 a un 30.6% en 1999 y en 2000-2003 esta tasa ha llegado al 39,8%.

Todavía no hay en la Región una base de datos estandarizada sobre la vigilancia de neumonías y meningitis causadas por neumococo, base que podría mejorar la calidad de la información en relación a la distribución poblacional de los serotipos circulantes. La OPS, en colaboración con PneumoADIP, está ampliando el ámbito del proyecto SIREVA original para desarrollar un sistema de vigilancia exhaustivo para las enfermedades neumocócicas y realizar estudios de carga poblacional en los países de la Región.

### Recomendaciones:

- Los países deben implementar la vigilancia epidemiológica de las neumonías y meningitis en menores de 5 años para conocer la carga de enfermedad y el perfil de la misma en la población, basados en los lineamientos que se están preparando.
- La OPS debe apoyar la expansión de la capacidad de la red de laboratorios establecida por el proyecto SIREVA original para fortalecer su capacidad para serotipificar los neumococos aislados.
- El apoyo a la vigilancia de neumococo es una alta prioridad y el apoyo brindado por la OPS debe mantenerse más allá de los dos años que cubre la subvención.

---

<sup>7</sup> García S. et al. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, Volume 19, Number 5, May 2006, pp. 340-348(9)

## VACUNAS CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El cáncer cervical persiste como un problema de salud pública significativo en Latinoamérica y el Caribe, a pesar de la disponibilidad y aplicación de prevención secundaria (pruebas de Papanicolaou) en los países miembros desde hace mucho tiempo. Cada año, 86.532 nuevos casos de cáncer cervical y 38.435 muertes ocurren en mujeres de la Región; Latinoamérica y el Caribe contribuyen con 71.862 casos y 32.639 defunciones anualmente. Además de estos casos de cáncer cervical invasor, las mujeres con lesiones cervicales pre-cancerígenas de bajo y alto grado (displasias y carcinomas in-situ) también contribuyen a la carga de la enfermedad, así como a los altos costos asociados con el examen de detección, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Algunos tipos de virus del papiloma humano de alto riesgo, que afecta el tracto genital, han sido identificados como los agentes etiológicos en la carcinogenesis cervical.

Se han elaborado dos vacunas profilácticas recombinantes contra el virus del papiloma humano, una bivalente y otra tetravalente, que consisten de partículas de subunidades similares a los virus 16 y 18 y 16, 18, 6 y 11 respectivamente. Éstas han sido sometidas a ensayos clínicos internacionales extensivos de fase 2 y 3. Ambas vacunas han demostrado excelentes resultados con respecto a su inmunogenicidad, seguridad y eficacia en prevenir infecciones de VPH así como lesiones precursoras al cáncer cervical (neoplasia intraepitelial cervical). La vacuna tetravalente ha demostrado ser eficaz contra las verrugas genitales (condiloma acuminado) y la neoplasia intraepitelial.

Desde junio 2006, la vacuna tetravalente contra el VPH ha sido aprobada en Australia, Canadá, Estados Unidos, México, Nueva Zelanda y Togo para su uso en mujeres de 9 a 26 años de edad. Adicionalmente, algunos de estos países la han aprobado para la vacunación de hombres. Se debe subrayar, que el mayor beneficio protector sería observado si la vacuna se administra antes de la iniciación de la actividad sexual. Además, se debe destacar que la vacunación de una niña o mujer ya infectada previo a la vacunación con cualquiera de los tipos de VPH contenidos en la vacuna no ofrece protección contra dicho tipo. La vacuna no es un tratamiento contra la enfermedad ya existente causada por los tipos de VPH contenidos en la vacuna y tampoco ofrece protección contra otros tipos de VPH oncogénicos que no estén contenidos en la vacuna. Sin embargo, existen nuevos datos prometedores que sugieren que la vacuna posiblemente ofrece protección cruzada contra los tipos 31 y 45. La prevención secundaria sigue siendo importante y debe mantenerse como parte del kit preventivo contra el cáncer cervical, el cual incluye educación, reducción de riesgo (cambios en la conducta sexual y uso de preservativos) y vacunación.

La disponibilidad de una vacuna efectiva contra el VPH representa un logro significativo en la prevención del cáncer cervical. Sin embargo, se debe subrayar que la vacunación será sólo una de las intervenciones para controlar la enfermedad. Los programas de tamizaje organizados son esenciales, no sólo para el control del cáncer, sino también para la evaluación y vigilancia de mujeres vacunadas.

### Recomendaciones:

- El GTA reconoce la labor de la OPS en la introducción de una propuesta Regional para la introducción de la vacuna contra el VPH y recomienda fuertemente la continuación de este proceso. El GTA insta a todos los países a que tomen las medidas necesarias para garantizar la introducción temprana de la vacuna, particularmente en países con programas de tamizaje de baja calidad.

- La OPS debe convocar una reunión *ad-hoc* de expertos para discutir las estrategias óptimas y herramientas efectivas para la vigilancia del VPH en Latinoamérica y el Caribe.
- La OPS debe apoyar la implementación de proyectos pilotos de vigilancia del VPH en países miembros seleccionados para demostrar como debe funcionar este sistema, sus costos y el sistema de información que requeriría.
- La OPS debe continuar el trabajo con sus socios y proveedores para asegurar que las vacunas contra el VPH sean financieramente accesibles y se hagan disponibles de manera equitativa en Latinoamérica y el Caribe.
- El GTA apoya las recomendaciones de la segunda Reunión sobre Alianzas para la Introducción de la Vacuna contra el VPH que se llevó a cabo en Guatemala el 24 de julio de 2006

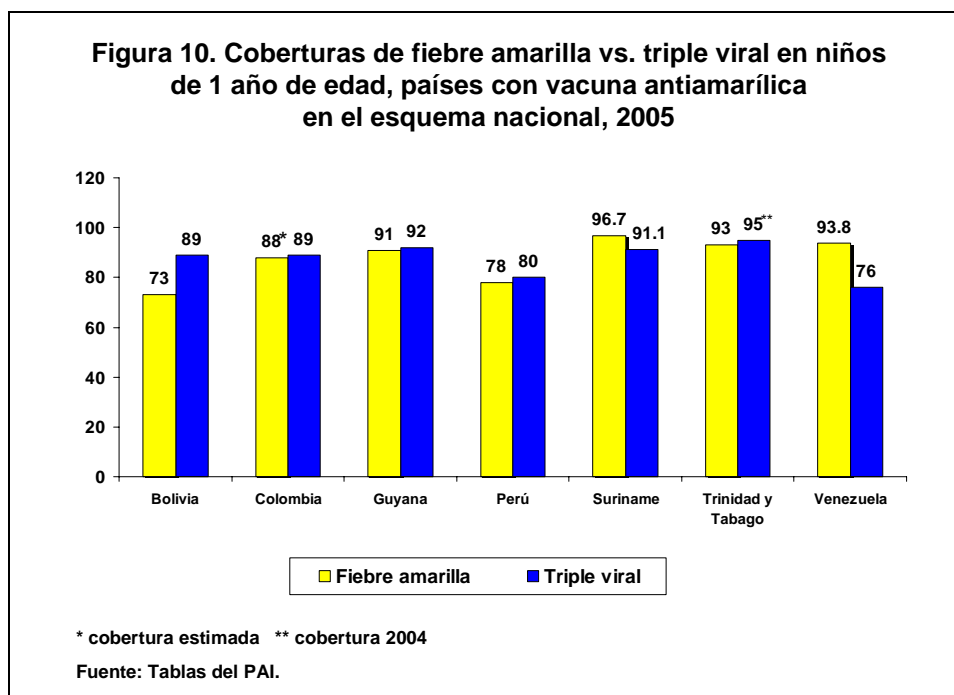
## FIEBRE AMARILLA

La fiebre amarilla es una enfermedad enzoótica en Sur América. Los países con áreas enzoóticas son Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela, Guyana, Guayana Francesa, Suriname y Trinidad y Tabago.

La fiebre amarilla presenta un comportamiento cíclico. Desde 1995 hasta la semana epidemiológica 9 de 2006 se han reportado 3.701 y 1.938 defunciones, observándose 3 grandes picos epidémicos, siendo el mayor el presentado en Perú, con 499 casos durante 1995. En el año 1998 se reportaron brotes en Perú (165 casos), Bolivia (57) y Brasil (34). En el 2003 se incrementó la incidencia de casos por la presencia de brotes en Colombia (112 casos), Brasil (64), Venezuela (34) y Perú (26). Desde el 2004 al 2006, se han reportado brotes limitados y casos aislados. Sin embargo la notificación ha sido tardía en algunos casos.

La mayoría de los países con áreas enzoóticas ha tenido un progreso significativo en el control de la fiebre amarilla a través de la implementación de planes nacionales de acción que incluyen la vacunación de toda la población residente en estas áreas y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Se han adoptado medidas para controlar los brotes, las cuales incluyen la vacunación de viajeros a áreas enzoóticas. El GTA reconoce el progreso de los países en esta área de trabajo y los impulsa a continuar estos avances.

Siete de diez países con áreas enzoóticas que reportan rutinariamente a la OPS, han introducido la vacuna contra la fiebre amarilla en el esquema nacional para todos los niños de 1 año de edad, conjuntamente con la vacuna triple viral (figura 10).



### **Recomendaciones:**

- Los países con áreas enzóticas deben considerar la fiebre amarilla como una prioridad de salud pública, brindando todo el apoyo político, técnico y financiero para continuar con la ejecución de los planes nacionales para la prevención y el control de la fiebre amarilla.
- Es crucial completar la vacunación de toda la población residente en áreas enzoóticas y en comunidades de donde se originan los inmigrantes a las áreas enzoóticas. El fortalecimiento del sistema de información y análisis es fundamental para la evaluación y el monitoreo de los planes, con el fin de focalizar la vacunación en municipios o áreas con bajas coberturas de vacunación.
- Se recomienda a los 3 países pendientes incluir la vacuna contra la fiebre amarilla en su esquema nacional para niños cumpliendo el primer año de edad. Esta vacuna debe ser administrada simultáneamente con la vacuna SRP.
- Los países deben continuar mejorando la calidad y sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica para la fiebre amarilla. En áreas no enzoóticas se deben fortalecer las medidas de control de brotes que incluyen: aumentar la sensibilidad del sistema de vigilancia, mejorar la capacidad de respuesta oportuna a los brotes, mantener un stock de vacunas a nivel nacional y realizar control vectorial para evitar la reurbanización de la enfermedad.
-

## **INFLUENZA**

### **Influenza estacional**

La influenza es una enfermedad viral que ataca a millones de personas en el mundo y causa complicaciones letales en aproximadamente un millón de personas cada año. Muchos de estos casos y muertes pueden ser evitados a través del uso de vacunas seguras y altamente efectivas. Los países de la Región están avanzando en la implementación de las recomendaciones para incrementar la cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores, enfermos crónicos y trabajadores de la salud y en sus consideraciones sobre incluir grupos objetivos adicionales según se requiera.

Una encuesta para los gerentes de los programas de inmunización nacionales se llevó a cabo para determinar el estatus actual de la vacunación contra la influenza en la Región. Treinta y nueve de 46 países y territorios respondieron a la encuesta. Cuarenta y nueve por ciento (19) de los países informaron tener políticas públicas sobre la vacunación contra la influenza; 85% (33) reportaron tener sistemas de vigilancia epidemiológica de rutina para influenza. Los países y territorios encuestados no tienen información consistente sobre los patrones de circulación viral. Entre aquellos que ya tienen una política nacional de influenza establecida (19), 68% (13) proporcionaron datos de cobertura en poblaciones de alto riesgo, 84% (16) vacunan a trabajadores de la salud y 16% (3) vacunan a personas en contacto con aves. Diecinueve países y territorios en la Región compraron la vacuna a través del Fondo Rotatorio en 2006.

Se ha progresado en la introducción de la vacuna contra la influenza en la Región. Ocho países han introducido la inmunización de niños de 6 a 23 meses. Tres países adicionales están vacunando a niños menores de 5 años de edad con condiciones de alto riesgo. Sin embargo, hay una capacidad de producción global limitada, lo cual puede causar que los países enfrenten escasez de vacunas, sobretodo los países que utilizan la formulación del Hemisferio Norte.

### **Recomendaciones:**

- Todos los países deben fortalecer su sistema de vigilancia para determinar la carga de enfermedad de la influenza, el costo-efectividad de la introducción de la vacunación contra la influenza y su impacto, y para decidir la mejor estrategia de vacunación y cuando vacunar, particularmente en áreas tropicales. La OPS deberá proporcionar y diseminar lineamientos a los países.
- El GTA recomienda que todos los países establezcan una política de vacunación contra la influenza estacional, que tenga como objetivo vacunar contra la influenza estacional a niños de 6 a 23 meses de edad, trabajadores de la salud, personas con enfermedades crónicas y adultos mayores.
- Los países que utilizan la vacuna deben documentar sus experiencias y lecciones aprendidas sobre la identificación de grupos de alto riesgo. Esto será útil para los países que aún no han introducido la vacuna y en el evento de una pandemia.

- La OPS debe continuar la promoción de mecanismos de transferencia de tecnología para incrementar la capacidad de producción de vacunas en la Región, así como observar los cambios en la oferta mundial.

### **Influenza pandémica**

El GTA se alegra de que la OPS está brindando cooperación técnica a los países para la elaboración e implementación de los Planes Nacionales de Preparación para una Pandemia de Influenza (PPPI) en respuesta a las resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS y de la Cumbre de Presidentes de los países de la Región, realizada en Mar del Plata en noviembre de 2005.

La alta circulación del virus de influenza aviar H5N1 en especies de aves, su establecimiento de forma enzoótica en aves domésticas en Asia, Eurasia, Europa Oriental y África y su capacidad, aunque limitada, de infectar seres humanos con el potencial de transformarse en una cepa pandémica, demuestran su magnitud global. Los países deben estar preparados para enfrentar una pandemia debido a la cepa H5N1 así como a otras cepas. La vigilancia epidemiológica y virológica de la influenza debe ser fortalecida y ampliada en consonancia con las nuevas realidades impuestas por la circulación de un nuevo virus de influenza aviar con potencial pandémico.

La preparación para una pandemia es un proceso continuo de fortalecimiento de las capacidades básicas de salud pública, principalmente en los niveles locales donde se espera el mayor impacto en todos los sectores de la sociedad, especialmente en el sector salud. Además el fortalecimiento de las capacidades básicas de salud pública, mencionadas en el nuevo Reglamento Sanitario Internacional, permitirán no sólo mejorar la capacidad de responder a una pandemia de influenza, sino también a cualquier emergencia de salud pública.

La vacunación es una de las medidas para el control de la pandemia. Desafortunadamente, es altamente improbable que una vacuna esté disponible al principio de una pandemia dada imposibilidad de predecir cual será la cepa pandémica. Además el inicio del proceso de la producción de una vacuna contra influenza, una vez que la cepa sea disponible, requiere de 4-6 meses y la capacidad de producción mundial es muy limitada. El conocimiento científico actual demuestra que, utilizando la tecnología convencional de producción en huevos embrionados, con las cepas de influenza aviar H5N1 de alta patogenicidad circulando actualmente, se requiere de 3 a 6 veces más antígeno para tener una respuesta inmunitaria similar a la vacuna estacional. Además es necesaria la utilización de dos dosis para conferir la protección requerida. Todos estos factores contribuyen a la limitada oferta de vacuna, por lo menos durante la primera ola de la pandemia. El desarrollo de nuevas tecnologías para incrementar la oferta de la vacuna ha comenzado, pero tomará algunos años para que éstas estén disponibles.

La cooperación técnica incluye el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la detección, prevención, atención, comunicación y respuesta oportuna a emergencias sanitarias, incluyendo la preparación de los servicios de salud. Hasta la fecha, 28 países han presentado por lo menos una versión preliminar de sus planes de preparación. Talleres para promover la auto evaluación de los PPPI están siendo desarrollados en las diferentes sub-regiones. Ya fueron realizados los talleres para Centro América y la República Dominicana y para el Caribe de habla inglesa. Los talleres para el Cono Sur y el Área Andina serán realizados en agosto y septiembre respectivamente. Todos los países de la Región han sido entrenados en la implementación de sitios centinela,

diagnóstico de laboratorio y caracterización del virus de influenza. Once países han sido entrenados para el diagnóstico por PCR y caracterización molecular de los virus de influenza. También la OPS está colaborando en la adquisición de antivirales, otros medicamentos y equipos de protección personal.

**Recomendaciones:**

- Todos los países deben seguir fortaleciendo, actualizando e implementando sus planes de preparación para una pandemia de influenza. Es fundamental que estos planes sean implementados a nivel local. El GTA recomienda que los países hagan operativos sus planes nacionales mediante la implementación de simulacros con participación local.
- La OPS debe seguir organizando talleres para la preparación de planes nacionales y estimular el intercambio de información sobre la preparación a nivel nacional con ejercicios de simulacro.

## TÉTANOS NEONATAL

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 estos en sólo 52 países. Adicionalmente, el tétanos causa un estimado de 30.000 muertes anuales en madres.

El GTA reconoce los logros de los países de las Américas en la eliminación del TNN y desea resaltar que aquellos países que aún sufren de TNN deben hacer los esfuerzos necesarios para concluir esta tarea.

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.

**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
Rep. 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
<b>TOTAL</b>	<b>12182</b>	<b>453</b>	<b>371</b>	<b>210</b>	<b>13224</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>16</b>

... no disponible

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.

**Recomendaciones:**

- Los países deben mantener los éxitos ya logrados. 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 SRC.

## **FORTALECIMIENTO DE LA GERENCIA DEL PROGRAMA**

Los países de las Américas han usado varios mecanismos para la gestión y la supervisión de sus programas de inmunización. Estos incluyen evaluación periódica de los programas, planes de acción, micro-planes a nivel local, comités de coordinación inter-agencial (CCI), comités nacionales asesores de prácticas de inmunización, supervisión periódica, retroalimentación al nivel local incluyendo tasas de cobertura y datos de vigilancia, evaluación periódica de la calidad de la información de inmunización, línea presupuestaria para la compra de vacunas e implementación de programas y legislación sobre vacunas. La OPS monitorea regularmente varios de estos componentes mediante las tablas del PAI para la recolección anual de datos sobre inmunización (también conocidas como el formulario conjunto de la OPS-OMS/UNICEF para la notificación o JRF para las Américas).

Un análisis de componentes seleccionados de la gerencia de programa, utilizando información disponible a nivel Regional para los años 2004 y 2005, concluyó que la mayoría de los países han llevado a cabo evaluaciones internas de sus programas. Aunque algunos países han llevado a cabo evaluaciones internacionales del PAI, el número de esas importantes revisiones multidisciplinarias de programas ha disminuido. Adicionalmente, todos los países de Latinoamérica y el Caribe han reportado tener planes anuales de acción y la mayoría también cuenta con planes quinquenales, la mayoría de los cuales han sido compartidos con la OPS. En 2005, 13 países de Latinoamérica y 4 países del Caribe reportaron tener CCI. Solamente tres países en América Latina no cuentan con comités nacionales asesores de prácticas de inmunización. La mayoría de los países enviaron sus tablas PAI en mayo, un mes después del plazo. Los países que enviaron sus tablas con retraso tenían una probabilidad más alta de enviar información incompleta, generalmente incluyendo sólo datos de cobertura y/o morbilidad. La retroalimentación al nivel local, la cual usualmente incluye por lo menos datos de cobertura y de vigilancia, parece ser adecuada para los países que reportan esta información.

En 2002, el GTA recomendó que todos los países utilizaran protocolos estandarizados de supervisión que cubrieran los componentes de programa y que se asignaran suficientes recursos financieros para la implementación de una supervisión regular. En 2004 y 2005, sólo la mitad de los países de Latinoamérica y el Caribe reportaron sobre la proporción de municipios que fueron supervisados por lo menos una vez al año. De los países que reportaron, se condujo supervisión en todos los municipios en 60% de países de Latinoamérica y 85% del Caribe.

### **Recomendaciones:**

- Los componentes incluidos en la sección sobre gerencia de programa de las tablas PAI de la OPS (JRF para las Américas) son herramientas probadas y necesitan ser completamente implementadas y documentadas por los países.
- Se deben implementar evaluaciones internacionales de programa en cada país por los menos cada tres años.
- El GTA reitera su recomendación previa de que se deber fortalecer la supervisión en todos los niveles del sistema de salud.

## **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS DE COBERTURA REPORTADOS**

Los niveles de cobertura de inmunización sirven como una medida clave del rendimiento de los programas de inmunización. El uso del número de dosis administradas ha sido y continúa siendo el método de elección para evaluar y monitorear niveles de cobertura de vacunación en la Región. Sin embargo, se han identificado comportamientos irregulares en los datos reportados por medio de una evaluación de la consistencia de la información y de la precisión de los denominadores de datos nacionales de cobertura de inmunización, sugiriendo que pueden existir problemas de consistencia de datos y precisión del denominador en varios países

Los esfuerzos para mejorar la validez, consistencia, integridad y oportunidad de los datos de cobertura debe ser una prioridad para todos los países. La evaluación del sistema de monitoreo de inmunización en términos de estos elementos puede ser ejecutada usando diferentes metodologías. Por ejemplo, el monitoreo rápido de cobertura recomendado por la OPS proporciona una verificación rápida de la validez de los niveles de cobertura reportados y a la vez ayuda a dirigir las actividades de vacunación

El análisis sistemático y regular de los datos de cobertura proporciona una oportunidad de revisar críticamente los datos reportados para identificar, explicar, resolver o corregir características del sistema de reporte que pueden llevar a la imprecisión de los datos de cobertura. Asimismo, la evaluación de los datos de cobertura disponibles a nivel local debe ser un componente esencial de las visitas de supervisión.

### **Recomendaciones:**

- La OPS debe desarrollar lineamientos sobre los elementos que los países deben considerar para el monitoreo de la calidad de sus datos.
- La evaluación sistemática y periódica de la validez, consistencia, integridad y oportunidad de los datos de cobertura debe transformarse en una actividad regular dentro de los programas de inmunización. Esta evaluación deben conducirse dentro del contexto de la evaluación regular continua y de las actividades de supervisión.
- Se debe desarrollar e implementar un plan de trabajo para hacer seguimiento a los aspectos débiles del sistema de monitoreo que se detecten e implementar re-evaluaciones periódicas.
- La OPS debe definir criterios para lo que se refiere a “calidad de datos” y revisar las metodologías existentes para evaluar la calidad de datos de cobertura para así priorizar su uso en el apoyo a los países.

## SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS

La iniciativa anual de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) fue respaldada por la Resolución CD44.R1 del Consejo Directivo de la OPS del año 2003. La SVA está basada en los principios de equidad, acceso y panamericanismo. Esta iniciativa ofrece la oportunidad de fortalecer el programa regular de inmunización, alcanzando a poblaciones vulnerables con bajas coberturas de vacunación, al mismo tiempo que promueve la cooperación regional y entre fronteras.

En sus cuatro años de existencia, la participación en la SVA ha incrementado de 19 países en el primer año de implementación (2003) a 39 países y territorios en 2006 (cuadro 2). Estos países han incorporado las actividades de SVA en sus planes operativos anuales.

**Cuadro 2. Semana de Vacunación en las Américas: Resultados a la fecha**

	2003	2004	2005	2006 <sup>a</sup>
Resultados de vacunación (número de personas)	16.285.888	43.749.720	37.932.765	449.745.806
Número de países y territorios participantes	19	35	36 <sup>b</sup>	40 <sup>c</sup>
Número de países con actividades integradas <sup>d</sup>	...	4	5 <sup>e</sup>	6

... no disponible

(a) Hasta el 14 de agosto de 2006; (b) 12 países condujeron campañas de sensibilización; (c) 16 países condujeron campañas de sensibilización; (d) Vitamina A, suplementos de hierro, antiparasitarios, hidratación oral; (e) En 2005, 7.615.778 personas recibieron suplementos de vitamina A y 17.695.149 niños recibieron antiparasitarios.

Es importante también destacar el impacto de la SVA en la vacunación del programa regular y captación de poblaciones vulnerables, tales como niños y MEF con esquemas atrasados. En 2005, cinco países reportaron haber vacunado a más de 48 mil niños de 1 a 4 años de edad que habían recibido 0 dosis de DPT/Pentavalente al cumplir un año de edad. Colombia, Guatemala, Honduras, México y Panamá reportaron haber vacunado a más de 539 mil MEF que nunca habían recibido una dosis de Td. Además de las actividades de vacunación, la SVA es una oportunidad para que los países ofrezcan otros servicios de salud. En 2005, Bolivia, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua administraron 7.730.000 dosis de vitamina A a niños menores de 5 años y MEF y México y Nicaragua también ofrecieron antiparasitarios a más de 17 millones de niños.

La cooperación inter-agencial incluye un apoyo técnico y financiero que sigue siendo esencial para el éxito de la SVA. Los CDC, GAVI, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), UNICEF, la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Sabin Vaccine Institute, March of Dimes, la Red Latinoamericana de Municipios, escuelas promotoras de la salud, socios locales como los Rotarios y otras organizaciones no gubernamentales, han apoyado con su presencia y financiamiento los eventos y necesidades logísticas de cada país. En los últimos cuatro años se han movilizado a través de la OPS más de US \$3 millones que se han distribuido a los países de la Región, con énfasis en países prioritarios.

Asimismo, cada año la OPS apoya a los países con el diseño de una campaña de difusión masiva, que incluye anuncios de servicio público radial y televisivo, con celebridades del mundo artístico y deportivo. También se han diseñado materiales autoadhesivos y afiches adaptados a las necesidades locales para publicitar las actividades de vacunación durante la SVA y la Oficina de

Información Pública de la OPS ha documentado la vacunación de poblaciones vulnerables, eventos fronterizos y lanzamientos regionales.

La cooperación inter-fronteriza ha sido un componente valioso de la SVA. Desde 2004, se han llevado a cabo 34 lanzamientos de frontera. Los lanzamientos nacionales y binacionales han sido una oportunidad para abogar por el compromiso político. En los últimos dos años, dichos eventos han contado con la participación de cinco presidentes, cuatro primeras damas, ministros de salud y autoridades de salud locales, así como representantes de organizaciones internacionales y otros socios.

Emulando la experiencia de las Américas, la Región de la OMS para Europa lanzó su primera semana de vacunación en octubre de 2006 y la segunda está planeada para octubre de 2006. En 2007, la semana de vacunación de la Región de la OMS para Europa tendrá lugar en abril 2007 para coincidir con la SVA 2007.

**Recomendación:**

- Se debe consolidar la SVA como una estrategia Regional que permite fortalecer el programa y disminuir inequidades en vacunación. Los esfuerzos para identificar y vacunar a grupos vulnerables y medir el impacto de las intervenciones en estos grupos deben continuar.

## VACUNACIÓN SEGURA

A medida que las enfermedades prevenibles por vacunación se tornan menos visibles gracias a la ejecución de programas de vacunación eficaces, se debe prestar una mayor atención en los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o la inmunización (ESAVI). Los ESAVI deben ser investigados a cabalidad a fin de descartar o establecer una relación causal con la vacuna. La vacunación segura es un componente prioritario de los programas de inmunización que busca garantizar la utilización de vacunas de calidad, las prácticas de inyección seguras, el monitoreo de los ESAVI y el fortalecimiento de las alianzas con los medios de comunicación. Estos componentes son esenciales para mantener la credibilidad de la población en los programas de inmunización.

En los últimos años, la OPS viene promoviendo el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de ESAVI a través de capacitación, apoyo en las investigaciones de países e intercambio de información. Recientemente, se conformó una red de vigilancia de eventos adversos de nuevas vacunas donde hasta el momento están participando Argentina, Brasil, México, Panamá y Venezuela.

En relación a temas específicos, hacemos referencia a la asociación de tiomersal y eventos adversos seguidos a la vacunación, principalmente autismo. La Unidad de Inmunización ha publicado en su *Boletín de Inmunización*<sup>8</sup> un resumen de revisión bibliográfica sobre este tema, donde las conclusiones refieren que no hay ninguna evidencia que apoya esta asociación y, en consonancia con las recomendaciones del Comité Global Asesor en Vacunación Segura de la OMS, la OPS recomienda que se continúe el uso de las vacunas que contienen tiomersal en los esquemas rutinarios de vacunación.

La definición de una inyección segura tiene como base tres pilares fundamentales: seguridad para quien recibe la inyección, seguridad para el trabajador de salud y seguridad para la comunidad y el medio ambiente. Esto incluye la utilización de jeringas desechables, preferentemente las jeringas auto-destructibles, el desecho de éstas en cajas de seguridad y el adecuado manejo del desecho final de estos materiales a través de su incineración.

Las Agencias Reguladoras Nacionales (ARN) tienen la responsabilidad de garantizar el uso de vacunas seguras y eficaces. La introducción en el mercado de nuevas vacunas (contra el rotavirus y el VPH) no registradas en el país de origen, ni usadas previamente en otros países, ha constituido un nuevo reto para las ANR.

### Recomendaciones:

- Los países deben fortalecer sus sistemas de notificación e investigación de ESAVI. Esto va a permitir su detección precoz e investigación adecuada. El establecer causalidad y responder a la población rápidamente con transparencia permitirá mantener la credibilidad en los programas de inmunización.
- Es fundamental la coordinación entre los programas nacionales de inmunización y las ARN a nivel de los países para el monitoreo de eventos adversos de las nuevas vacunas con el objetivo de conocer más apropiadamente el perfil de seguridad de éstas.

---

<sup>8</sup> Boletín de Inmunización. Actualización sobre el tiomersal y el autismo. Vol.XXVII (5), octubre 2005.

- Los países que hacen parte de la red de notificación de eventos adversos de nuevas vacunas deben intercambiar información permanentemente con el objetivo de poder dar alerta sobre eventos inusuales o con tasas superiores a las esperadas. Los países que todavía no hacen parte de la red deberán participar tan pronto como sea posible.
- La OPS debe apoyar activamente a las ANRs y coordinar los esfuerzos de las mismas para la evaluación integral de estos nuevos productos así como con entrenamiento técnico para generar experiencia, fundamentalmente en las áreas de mayor debilidad dentro de las agencias de la Región, como son la evaluación de estudios clínicos y la vigilancia posterior a la comercialización.

## **SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS PROGRAMA NACIONALES DE INMUNIZACIÓN**

La nueva generación de vacunas contra infecciones letales en último término ayudará a los países a lograr los objetivos de la Estrategia y Visión Mundial de Inmunización (GIVS por sus siglas en inglés) de la OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los países enfrentarán el desafío de mantener los logros al mismo tiempo que completan la agenda inconclusa de llegar a todos los niños, eliminar la rubéola e introducir nuevas vacunas cuando sea apropiado. La OPS propone una estrategia Regional dirigida a:

- Reducir las inequidades alcanzando a poblaciones excluidas en distritos con bajas coberturas de vacunación;
- Hacer un esfuerzo por alcanzar las metas de reducción de mortalidad con miras a lograr los ODM y los objetivos delineados en GIVS para las enfermedades causadas por rotavirus y neumococo, al mismo tiempo que se fortalecen los sistemas de información y vigilancia;
- Apoyar el fortalecimiento de la capacidad nacional para la toma de decisiones basadas en evidencia sobre la introducción de vacunas a través de alianzas estratégicas con instituciones mundiales y regionales clave;
- Pasar de la inmunización de los niños a la de la familia;
- Ampliar el espacio fiscal para la asignación de recursos a los programas nacionales de inmunización; y
- Lograr niveles de participación históricos en el Fondo Rotatorio de la OPS mediante la clara demostración de sus beneficios a los países.

Los líderes nacionales de inmunización y salud pública están en una disyuntiva. Las mejores prácticas para tomar e implementar decisiones informadas en favor de la salud pública requieren que los tomadores de decisión consideren los datos epidemiológicos, demográficos y de gerencia habituales. Otro elemento clave para tomar decisiones responsables es contar con la evidencia para evaluar el balance entre los costos de la vacunación y los beneficios económicos y de salud que ofrecen las estrategias para la prevención de enfermedades.

Para que la introducción de nuevas vacunas contribuya a la efectividad de la prevención general, se debe considerar la evidencia económica en conjunto con los datos tradicionales, como son los epidemiológicos, demográficos y de gerencia. La Iniciativa Pro-Vac de la OPS proporcionará las herramientas y vínculos con los centros nacionales de estudios económicos para fortalecer la capacidad del programa de inmunización de generar evidencia e identificar prioridades para estas nuevas tecnologías. Se anticipa que Pro-Vac generará una demanda más amplia de estudios económicos relevantes y promoverá su uso para apoyar la instauración de políticas a nivel de país y regional. Esta iniciativa consiste de múltiples etapas de capacitación, colección de datos y desarrollo de análisis económicos a nivel de país en el contexto de la introducción de nuevas vacunas. Se llevará a cabo un taller en Washington, D.C. en Septiembre de 2006 para presentar el marco teórico para el análisis económico, el cual incluirá temas de accesibilidad financiera, costo de enfermedad, costo de programa y estudios de costo-efectividad, así como una presentación y discusión sobre las principales herramientas para el análisis económico para la introducción de nuevas vacunas.

El Fondo Rotatorio ha aportado a los países participantes beneficios significativos. Algunos ejemplos incluyen reducción de costos, debido a los precios más bajos y estables de vacunas resultando de los acuerdos de mayores volúmenes de compra a granel; incremento en la consistencia y adecuado suministro de vacunas a través de un pronóstico de la demanda más

acertado; y una mayor cooperación entre los programas de inmunización y los países miembros cuando ocurren emergencias. Treinta y siete países están haciendo uso regularmente del Fondo Rotatorio para el suministro de cuarenta y cinco diferentes presentaciones de vacunas. En adición, el Fondo Rotatorio está simplificando sus servicios integrados a los países a través de una continua reducción de costos de suministro de vacunas, almacenamiento, distribución y uso a lo largo de la cadena de suministro. Al cierre del 2005, el Fondo Rotatorio tenía una capitalización de un poco más de US \$34 millones y un total de gastos por arriba de US \$154 millones. Una brecha considerable existe entre el capital de trabajo disponible en momento dado y el nivel de compras. La introducción de nuevas vacunas traerá más presión al Fondo Rotatorio para la compra de los insumos requeridos por los países miembros.

Hoy más que nunca, con la oportunidad que brinda la nueva generación de vacunas, la cooperación panamericana a través del Fondo Rotatorio permitirá a la Región continuar con sus impresionantes logros de inmunización. El reto para los países será el de incrementar el flujo de financiamiento sostenible para acelerar la introducción de nuevas vacunas durante esta transición. Esto requerirá de evidencia que garantice que los procesos presupuestarios nacionales reconozcan el valor económico real de la inmunización, de prestar atención a la eficiencia de la cadena de suministro y la legislación sobre vacunación para reducir costos de transacción, de desarrollar nuevas fuentes de ingreso para inmunización y de niveles de participación en el Fondo Rotatorio sin precedentes para garantizar precios estables y asequibles. El Fondo Rotatorio, en calidad de agencia altamente eficiente de compras, está en posición de continuar su rol estratégico para fortalecer la sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización en la Región. Sin embargo, se estima que habrá una brecha de aproximadamente 14 millones de dólares entre ahora y el año 2010 en la capitalización del Fondo para que la OPS continúe apoyando la compra de vacunas, lo que hará necesario contar con nuevos mecanismos para aumentar su capitalización.

El martes 25 de julio por la tarde, se reunió el Comité Regional de Coordinación Interagencial (CCI) de la OPS para las enfermedades prevenibles por vacunación con el objetivo principal de tratar del obstáculo más grande a la eliminación exitosa de la rubéola y el SRC en las Américas: recursos financieros insuficientes. El GTA aprecia los esfuerzos del CCI y aprueba sus recomendaciones.

### **Recomendaciones:**

- Los países deben utilizar las herramientas que tienen a disposición y la información para el análisis económico para asistir en la toma efectiva de decisiones sobre el sostenimiento de los programas nacionales de inmunización y la introducción de nuevas vacunas. Se insta a los países a que participen en el taller Pro-Vac organizado por la OPS para septiembre de 2006.
- Los países deben evaluar la legislación y regulaciones de salud existentes para asegurar que las leyes nacionales:
  - Promuevan la inmunización de la familia a través de provisiones específicas incluyendo vacunación obligatoria sin costo;
  - Reconozcan la importancia de la inmunización dentro del presupuesto de salud y hagan provisiones para la compra de vacunas;
  - Contribuyan a bajar los costos de transacción para el suministro de vacunas; y
  - Creen un ambiente de soporte para el desarrollo de la capacidad nacional de producción donde sea relevante.

- Los países deben evaluar el espacio fiscal para la introducción de nuevas vacunas y explorar nuevas fuentes de fondos sustentables para la inmunización, incluyendo impuestos indirectos nuevos sobre bienes de consumo con impacto negativo en la salud.
- El GTA fuertemente llama a los países a fortalecer su participación en el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS, y así beneficiarse de los ahorros que se obtienen mediante la compra por mayoreo, su contribución al suministro de vacunas y jeringas cuando es relevante y compartiendo insumos de inmunización en tiempos de crisis en espíritu de panamericanismo.
- La OPS debe explorar opciones para aumentar la capitalización del Fondo Rotatorio mediante negociaciones con socios, incluyendo GAVI, así como mediante donaciones de países miembros.
- La OPS debe continuar sus esfuerzos por reducir los costos totales de la cadena del suministro de insumos de vacunación y mejorar la calidad y puntualidad de las operaciones del Fondo Rotatorio.
- El GTA fuertemente apoya y se complace por la recomendación del Consejo Ejecutivo de la OPS de endosar la Estrategia Regional para Sostener Programas Nacionales de Inmunización en las Américas, resumida anteriormente. El GTA recomienda que el documento a ser presentado en la reunión del Consejo Directivo en septiembre de 2006 sea ampliado para incluir una discusión sobre la situación de la capitalización del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas.