



Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLUMEN XXXII, NÚMERO 3 ► JUNIO DEL 2010

- 1 Intercambio de experiencias sobre la eliminación del sarampión, rubéola y SRC
- 1 Uruguay: Facultad de Medicina desempeña un papel protagónico en inmunización
- 4 Brazil organiza talleres para aumentar las coberturas de vacunación a nivel local
- 6 Red de centros ProVac de excelencia especializados en evaluaciones económicas
- 6 Sitio en línea sobre estadísticas económicas internacionales sobre vacunas (OLIVES)
- 7 Sarampión/Rubéola/SRC: clasificación final, 2009
- 8 La 63.ª AMS aprueba resoluciones sobre inmunización

Intercambio de experiencias sobre la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC

Los Estados Miembros de la Región del Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WPRO), incluida China, han venido realizando esfuerzos extraordinarios para eliminar el sarampión y fortalecer sus programas nacionales de vacunación. Habida cuenta del éxito al lograr y mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en el continente americano, la Región del Pacífico Occidental solicitó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la organización de una visita a la sede de la OPS y al equipo de inmunización nacional en Brasil para una delegación china. El objeto era intercambiar experiencias sobre la labor de eliminación de estas enfermedades en ambas Regiones. Fijar el momento adecuado de la visita era particularmente importante ya que China planea iniciar una campaña nacional de vacunación contra el sarampión del 12 al 20 de septiembre, con el propósito de vacunar a 96 millones de niños.

La primera reunión se celebró en la sede de la OPS, en Washington, D.C., los días 20 y 21 de mayo (cuadro 1), y los objetivos fueron los siguientes:

1. Comprender el trabajo que realiza la OPS con los países y los socios para elaborar y poner en marcha las políticas sanitarias.
2. Señalar las lecciones aprendidas más importantes de la implementación de las estrategias de eliminación del sarampión y la rubéola en las Américas.
3. Tratar en detalle los preparativos para responder oportunamente a los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización en la Región.
4. Subrayar la importancia del proceso de toma de decisiones basadas en datos probatorios para la introducción de nuevas vacunas.
5. Reconocer la gran importancia de la abogacía para que los países, comunidades y asociados se unan en apoyo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y sostengan los programas de vacunación.
6. Identificar cómo se ha fortalecido el PAI mediante el éxito de las iniciativas Regionales.

Otras áreas de interés para la discusión mencionadas por los participantes de la delegación china fueron la introducción de nuevas vacunas, la comunicación social y las alianzas con los medios de comunicación, así como las estrategias para garantizar altas coberturas de vacunación en las poblaciones vulnerables.

Posteriormente la delegación se desplazó a Brasil para asistir a las reuniones programadas del 24 al 26 de mayo



La delegación china frente al edificio de la sede de la OPS con miembros del personal que los recibió durante su visita.

Uruguay: Facultad de Medicina desempeña un papel protagónico en la campaña nacional de vacunación

Antecedentes

En septiembre del 2007, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) de Uruguay lanzaron una campaña de vacunación con objeto de aumentar las coberturas de vacunación e introducir la vacuna contra la hepatitis A en niños de 1 a 5 años, en situación de elevado riesgo social, procedentes de hogares beneficiarios del Programa de Asistencia Nacional de Emergencia Social (PANES) y niños de 1 a 2 años usuarios del sector público de salud. En Uruguay, todas las vacunas son gratuitas y obligatorias; la vacuna contra la hepatitis A se introdujo en el esquema de vacunación de rutina en 2008 a raíz de la campaña del 2007.

Para contribuir a la promoción y ejecución de la campaña de vacunación impulsada por el MSP-MIDES, los profesores y estudiantes del séptimo año de la Carrera de Doctor en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que rotaban por el ciclo de la salud de la mujer, la embarazada, el niño y el adolescente (SMEIA), pusieron en marcha un proyecto para participar activamente en la campaña de vacunación, cumpliendo así con la responsabilidad social de la universidad y su compromiso de mejorar la salud de la población. La característica principal de la experiencia fue la articulación de las funciones de enseñanza y extensión universitarias y la participación en una iniciativa de salud pública de la vida real para aumentar la cobertura de vacunación infantil y promover la vacunación contra la hepatitis A.

(cuadro 2). En São Paulo, los participantes se reunieron con los equipos de inmunización y vigilancia epidemiológica del Estado para analizar las lecciones aprendidas del brote de sarampión ocurrido en 1997 y los novedosos métodos aplicados por las autoridades de la ciudad para llegar a la enorme población urbana durante la campaña de vacunación masiva contra el sarampión y la rubéola realizada en el 2008. La delegación también tuvo la oportunidad de visitar un centro de salud local y observar directamente el funcionamiento del vacunatorio. En Brasilia, los representantes del Ministerio de Salud debatieron sobre las actividades

utilizadas para la eliminación del sarampión y la rubéola, brindando así a la delegación la perspectiva de un país de las Américas.

Uno de los resultados esperados de la reunión era que la delegación pudiese compartir las lecciones aprendidas de la Región de las Américas con sus colegas en China, para apoyar las iniciativas de dicho país encaminadas a fortalecer los programas de vacunación y mejorar el control de las enfermedades inmunoprevenibles. Según lo manifestado por la delegación, entre los "mensajes para llevarse a casa" estaban la importancia de contar con un alto compromiso político, los mecanismos para dar una

respuesta rápida ante una crisis y las creativas medidas usadas para llegar a las poblaciones de riesgo.

En términos generales, la visita fue un éxito y abrió la puerta a la colaboración futura entre la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental, incluida China. A raíz de esta visita al continente americano, el Dr. Chen, Director General del Departamento de Enfermedades Transmisibles de China, expresó el deseo en nombre de su país de eliminar tanto el sarampión como la rubéola y declaró que si Brasil pudo eliminar estas enfermedades, China también lo podrá hacer. ■

Cuadro 1. Visita de la delegación china a la sede de la OPS

Actividades principales	Contenido/mensaje clave	Puntos de interés para la delegación china
Apertura de alto nivel	La visita de los funcionarios chinos es de máxima importancia para la OPS.	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades oficiales de alto nivel marcan una pauta sumamente favorable para este tipo de intercambios.
Aspectos de gestión de las políticas de la OPS	La OPS es un organismo técnico cercano a sus Estados Miembros.	<ul style="list-style-type: none"> China valora por encima de todo el aporte técnico de calidad. China como país y la OPS como Región tienen puntos y problemas comunes.
Movilización de recursos y alianzas	La OPS eleva las políticas de salud pública al más alto nivel de liderazgo.	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades de vacunación podrían beneficiarse del más alto nivel de apoyo político en China.
Panorama del PAI	PAI en la OPS fuerte y de amplio alcance	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de vacunación de la OPS de alto perfil y gran cantidad. La OPS ha promovido una verdadera cultura de vacunación. La plantilla del personal de vacunación de la OPS es sólida y amplia.
Actividades complementarias de vacunación (campañas) contra el sarampión/rubéola	Las campañas de calidad requieren un enfoque sistemático (grupos destinatarios basados en datos probatorios, abogacía, organización, capacitación, planificación y supervisión), cuyo resultado sea una alta cobertura y un fortalecimiento del programa de inmunización.	<ul style="list-style-type: none"> China podría usar un enfoque comparable para sus campañas contra el sarampión.
Semana de Vacunación en las Américas	Las jornadas de vacunación permiten llegar a los grupos vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> China podría usar enfoques similares para llegar a las poblaciones flotantes.
Integración del apoyo de laboratorio y la respuesta a los brotes	A partir de los brotes se extraen datos que son usados para configurar las estrategias programáticas.	<ul style="list-style-type: none"> China puede sacar más partido de la epidemiología para la acción.
Vigilancia epidemiológica e información sobre el sarampión y la rubéola para la acción	La OPS tiene una gestión de la información fluida y una retroinformación de alta calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Sarampión y rubéola: la misma vacuna, la misma población, la misma vigilancia de laboratorio.
Vigilancia epidemiológica para estimar la carga del síndrome de rubéola congénita (SRC)	El SRC no es evidente a menos que se busque.	<ul style="list-style-type: none"> China, debido a que la cobertura de vacunación infantil está mal determinada, podría presentar mayor riesgo de que se produzca un desplazamiento hacia poblaciones de mayor edad lo que daría lugar a más casos de SRC.
Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)	La OPS tiene un plan sólido para evitar, detectar y manejar los ESAVI.	<ul style="list-style-type: none"> China podría usar algunos de los enfoques de la OPS para la prevención, preparación y gestión de las crisis.
Nuevas vacunas	La OPS prevé nuevos aspectos de la introducción de vacunas y tiene un enfoque sistemático para ello.	<ul style="list-style-type: none"> China está planteándose procedimientos normalizados de trabajo para la introducción de nuevas vacunas que incluirán análisis económicos.
Sensibilización y abogacía	Las campañas de sensibilización y abogacía de la OPS han generado una cultura de demanda pública de vacunación (por ejemplo, la vacunación es un acto de amor, la eliminación de enfermedades como un bien público).	<ul style="list-style-type: none"> China podría elaborar estrategias de movilización social más amplias.
Fondo Rotatorio de la OPS	Principios de equidad y de solidaridad.	<ul style="list-style-type: none"> Modelos de compras comparables.

Cuadro 2. Visita de la delegación china a Brasil

Actividades principales	Contenido/mensaje clave	Puntos de interés para la delegación china
Presentación de los múltiples niveles del sistema brasileño (São Paulo)	Responsabilidades compartidas y su función en la toma de decisiones.	Semejanzas y diferencias con China.
Respuesta al brote de sarampión de 1997 (São Paulo) y análisis de cohortes de susceptibles a la rubéola (Brasilia)	Análisis de cohortes para detectar grupos más susceptibles dirigir las actividades complementarias de vacunación.	China podría usar estos enfoques para generar datos probatorios de los datos de vigilancia, las encuestas y de la investigación de brotes para guiar al programa.
Visita sobre el terreno (São Paulo)	En el sistema brasileño no hay un vínculo estricto entre el establecimiento de asistencia sanitaria y la población receptora. Hay una demanda de la población y la gente acude a cualquier establecimiento de salud para recibir las vacunas.	En el sistema chino, un establecimiento de asistencia sanitaria tiene una población asignada precisa que debe vacunarse. En consecuencia, el personal sanitario busca a las personas para administrar las vacunas.
Apertura de alto nivel (Brasilia)	La visita de los funcionarios chinos es de máxima importancia para Brasil.	Las actividades oficiales de alto nivel marcan una pauta sumamente favorable para este tipo de intercambios.
Mantener la eliminación de la rubéola y el sarampión	El plan para mantener la eliminación todavía requiere muchas intervenciones.	La fase de poseliminación todavía necesita muchos recursos.
Estrategia de movilización social	Planes impresionantes trazados y ejecutados con estrategias con altos niveles de pericia y evaluados de manera sistemática.	China podría usar estrategias similares para la movilización social.
Políticas en investigación, innovación e introducción	Políticas de alto nivel para el enfoque sistemático en la investigación, innovación e introducción.	China tiene una gran producción de vacunas y sistemas para su administración, pero no tiene ninguna entidad de políticas que sea suficientemente sólida para conectar ambos aspectos de manera sistemática.
Visita sobre el terreno	Calidad y cantidad de personal involucrado en el PAI.	El PAI de China podría beneficiarse de un equipo más grande y más fuerte.

Fuente: Dr. Yvan J Hutin, médico, OMS/China.

URUGUAY cont. página 1

Ejecución

El proyecto fue diseñado y puesto en marcha por un equipo de profesores de SMEIA, en virtud de una resolución de la junta de la Facultad de Medicina.¹ En el proyecto participaron 454 estudiantes y 20 asistentes de clínica se encargaron de la enseñanza y participaron en la programación de las tareas de extensión. El Ciclo SMEIA se desarrolla en 3 ciudades: Montevideo, Paysandú y Salto.

Para la planificación de las actividades de la campaña se definieron cuatro acciones:

1. capacitación de los estudiantes sobre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la hepatitis A y cómo prevenir la enfermedad;
2. difusión de la información calificada entre el personal de salud y la población sobre la importancia de la inmunización, la hepatitis A y cómo prevenir la enfermedad;
3. colaboración en la promoción y ejecución de la campaña; y
4. evaluación del impacto de la campaña.

Por otro lado, la participación activa de diferentes interesados directos sociales se consideró clave. En consecuencia, las actividades se coordinaron con organismos gubernamentales y no gubernamentales, instituciones de salud, medios de comunicación y el sector privado (incluidas empresas farmacéuticas).

Se constituyeron comisiones de trabajo formadas por docentes y estudiantes que realizaron las siguientes tareas:

1. Capacitación: realización de estudios integrales sobre la hepatitis A y las medidas preventivas existentes; elaboración de material de información para la capacitación del cuerpo docente y los estudiantes en relación con los objetivos de la campaña, el PAI, la hepatitis A y su prevención; organización de talleres para todos los estudiantes del programa (se capacitaron 95%); diseño de un pre- y post-cuestionario para evaluación de la actividad de capacitación, que realizaron todos los participantes; y elaboración de un formulario e instrucciones de registro de los niños vacunados en los centros de atención primaria de salud en los que estaban trabajando los estudiantes.

2. Coordinación interinstitucional: presentación del proyecto al MSP y el MIDES; coordinación de las actividades de los dos ministerios; y promoción de la participación de los centros de atención primaria de salud de Montevideo donde los estudiantes estaban trabajando y otros departamentos del país.

3. Captación de las poblaciones: paralelamente a las actividades de difusión de la información, los estudiantes visitaron algunos centros de salud y sus



La Dra. Ma. Julia Muñoz, Ministra de Salud del Uruguay, en el escenario de un estadio siendo entrevistada por un estudiante de medicina durante una actividad para promover la vacunación.

zonas de influenza correspondientes y fueron captando la población que recibiría la vacuna contra la hepatitis A. Este proceso incluyó actualizar el certificado del esquema de vacunación y administrar la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis A. Los estudiantes acompañaron a los vacunadores en los puestos de vacunación móviles de zonas desfavorecidas y en lugares donde se concentran muchos niños, como los gimnasios y las canchas de deportes.

4. Difusión y prensa: se organizaron varias actividades.

- Para favorecer la difusión se decidió usar para la campaña el eslogan “Gánale a la hepatitis A” y se usó en todas las comunicaciones con el público y la prensa. Posteriormente, los estudiantes y el cuerpo docente inventaron y grabaron un jingle que sonaba en los puestos fijos y móviles de vacunación y en las radios del país.
- Se extendieron invitaciones a las actividades planificadas al Presidente de la República, los intendentes de los departamentos, el MSP y MIDES, la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Pediatría.
- Una empresa de telefonía móvil participó en el proyecto enviando un mensaje de texto (SMS) a todos sus usuarios con información sobre las actividades de la campaña.
- Los medios de prensa televisiva, radial y escrita transmitieron mensajes sobre la campaña.
- El 11 de octubre, los estudiantes y el profesorado organizaron una conferencia de prensa seguida de una “caminata” por la vía pública para difundir información sobre las metas, los objetivos y los avances de la campaña. En esta actividad participaron, entre otros, las autori-

dades del MSP y MIDES junto con el Decano de la Facultad de Medicina y también celebridades del mundo del deporte y la música.

- El 30 de octubre, se organizó una “Gran Jornada de Vacunación” en centros de atención primaria de Montevideo, Paysandú y Salto para promover la vacunación mediante actividades lúdico-recreativas.
- El 16 de noviembre, un espectáculo gratuito en Montevideo puso fin a la campaña: se presentaron varios grupos musicales, de danza, clowns y circo al tiempo que se presentaban talleres de plástica y artesanías. Para entrar en el espectáculo llamado “El Vacunazo” era necesario presentar el carné de vacunación de los niños. Los estudiantes comprobaron que las tarjetas estuvieran al día y, en caso contrario, administraron la vacuna contra la hepatitis A a los niños que pertenecían a los grupos de edad destinatarios de la vacuna. Se asociaron empresas de transporte, alimentación y farmacéuticas con las autoridades gubernamentales para organizar y celebrar este evento.

Resultados

Otras campañas de vacunación no obligatorias que se habían organizado en Uruguay, como las contra la influenza estacional o las campañas contra la hepatitis B para grupos de personas de riesgo, no habían logrado los resultados previstos. En consecuencia, se quedaron sin usar algunas dosis de vacuna, llevando a las autoridades de salud a ampliar el grupo destinatario y, en algunas oportunidades fue inevitable descartar dosis por vencimiento de los lotes. La campaña del 2007, sin embargo, fue un éxito. La meta era vacunar a 30.000 niños entre el 10 de septiembre y el 31 de diciembre y, al final de la

¹ Resolución del Consejo de la Facultad de la Universidad de la República, N.º 51 de fecha 14/11/07, se encuentra en: www.fmed.edu.uy

campaña, se logrado había vacunar a 44.716 niños.

Otra ventaja del proyecto universitario SMEIA es que, además de lograr niveles altos de cobertura, también fue un éxito al vincular la función educativa de la universidad y la participación en actividades de mayor proyección en la comunidad con políticas sanitarias nacionales que dan prioridad a la atención primaria de salud.

Conclusión

Docentes y estudiantes universitarios impulsaron una medida sanitaria que sin dudas contribuirá a mejorar la calidad de salud y de vida de todos los uruguayos. Esta experiencia innovadora se llevó a cabo para apoyar el proceso de aprendizaje didáctico. Además, estimuló la creatividad y suscitó la cooperación interinstitucional y la responsabilidad social. Por último, el gran adelanto en este proceso didáctico fue la oportunidad de promover una me-

dicina más humana, que esté más comprometida con la comunidad. ■

Contribuido por: Dra. Claudia Romero, Universidad de la República (UR); Dra. Flavia Chamorro, (UR); Dra. Virginia Perdomo (UR); Dra. Elizabeth Assandri (UR); Dr. Gustavo Giachetto (UR); Dra. Alicia Montano (UR); Dra. Ivone Rubio (UR); Dra. María Catalina Pérez (UR); Dr. Fernando Arrieta, Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes; Dra. Raquel Rosa, Ministerio de Salud Pública (MSP); Dra. Teresa Picón (MSP).

Brasil organiza talleres para aumentar las coberturas de vacunación a nivel local

Introducción

El Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS sobre enfermedades prevenibles por vacunación recomienda que todos los países de la Región de las Américas alcancen una cobertura de vacunación igual o superior al 95%, **en cada municipio**, con todas las vacunas recomendadas en los programas nacionales de inmunización (PNI). En la XVIII Reunión del GTA también se recomendó el análisis sistemático y periódico de los datos de cobertura de vacunación como una actividad regular de los programas, subrayando que el análisis debe tener lugar a todos los niveles del programa.

El PNI brasileño ha observado que por un largo tiempo existe un patrón de coberturas de vacunación heterogéneas y se han visto inconsistencias en los datos de las dosis en muchos municipios. En consecuencia, dentro del programa se creó un proyecto para monitorear las coberturas de vacunación mediante un análisis oportuno de los datos al nivel más desagregado posible para determinar los factores relacionados a coberturas deficientes e impulsar actividades que lleven a coberturas adecuadas.

Las autoridades sanitarias brasileñas registran la cobertura de vacunación usando el método administrativo de manera regular y oficial. La cobertura se calcula usando el número de dosis de una dosis de vacuna específica administrada en un período determinado, dividido por la población destinataria y multiplicado por 100. Las encuestas de cobertura de vacunación rara vez se usan.

Sistema de información

Los datos de vacunación se registran siguiendo las normas del PNI y se recogen en los casi 32.000 centros de vacunación mediante un formulario normalizado diario en el que se registra el tipo de vacuna, el grupo de edad, el sexo y el tipo de dosis administrada. Los datos sobre las dosis administradas se consolidan en un formulario mensual y se digitan en el sistema de información para la evaluación del programa de inmunización (*Sistema de*

Informação de Avaliação do Programa de Imunizações/SIAPI) de cada uno de los 5.564 municipios y luego se envían al Estado o Unidad Federada (UF) y, en último término, al nivel federal. Este sistema de información tabula el número de dosis administradas para obtener el numerador utilizado en el cálculo de la cobertura de vacunación. La finalidad del procesamiento de datos es evaluar el desempeño del PNI a todos los niveles en cuanto a dosis administradas, coberturas de vacunación, tasas de abandono y otros indicadores.

La cobertura se calcula usando los datos del sistema de información de nacidos vivos (*Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Sinasc*) para los niños de edad igual o inferior a 1 año y las estimaciones del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE*) para los niños de 2 años o más. Hasta el 2002, todos los denominadores para el cálculo de la cobertura procedían de las estimaciones de la población del IBGE. En el 2003, la Secretaría de Vigilancia de la Salud (*Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS*) adoptó los datos de nacimientos del Sinasc como una fuente alternativa para la obtención del denominador en el cálculo de la cobertura de menores de 1 año, a raíz de un estudio comparativo de proyecciones demográficas basadas en el censo y los datos del Sinasc durante el período de 1997 al 2001. Los datos del Sinasc se usaron inicialmente en 15 Unidades Federadas (UF) y sus municipios respectivos. En estas UF, la cobertura de nacimientos según los registros del Sinasc fue $\geq 90\%$ de las estimaciones del IBGE, el índice adoptado como el criterio de calidad para el sistema de inmunización SIAPI por la Red Interagencial de Información Sanitaria (*Sistema pela Rede Interagencial de Informação para Saúde/Ripsa*). En el 2006, la SVS ya comenzó a usar, en el 100% de los municipios, el número de nacidos vivos del Sinasc como denominador en el cálculo de la cobertura de vacunación de los niños de 1 año de edad o menores.

Sin embargo, dado que la cobertura del Sinasc no es homogénea en todos los municipios y se producen errores en el registro de las dosis, las

coberturas administrativas de vacunación pueden no ser fiables en algunas situaciones. Por lo tanto, se necesita monitorear los datos y mecanismos de análisis para identificar a tiempo las inconsistencias e intervenir cuando sea necesario. Por esta razón se propuso monitorear las coberturas de vacunación y organizar talleres de trabajo con las UF y los municipios.

Definiciones

Los criterios de clasificación usados en la metodología de monitoreo de coberturas tenían como finalidad diferenciar las áreas de riesgo epidemiológico que requerían mayor estudio o monitoreo. Para facilitar la clasificación en función del riesgo, los municipios se estratificaron en tres niveles de cobertura de vacunación: a) 0 a 94,9%; b) 95% a 120% y c) $>120\%$. En el primer estrato (0% a 94,9%), los municipios con una cobertura de vacunación $<50\%$ exigen una intervención inmediata. El tamaño de la población de los municipios también se tuvo en cuenta, partiendo del supuesto lógico que cuanto más grande sea la población, mayor es la probabilidad de propagación de las enfermedades en las condiciones adecuadas. Basándose en los datos del Sinasc, los municipios se estratificaron en tres grupos: a) <1.000 nacidos vivos; b) 1.000 a <10.000 nacidos vivos; y c) ≥ 10.000 nacidos vivos. En todos los casos, la meta es lograr una cobertura adecuada de vacunación y mantener la erradicación, eliminación y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Estructura del taller

La capacitación del personal de inmunización nacional y estatal en el uso de la metodología de monitoreo de las coberturas de vacunación empezó en julio del 2009. En este mes se celebraron por primera vez tres talleres macrorregionales para capacitar a los profesionales de los 27 programas de inmunización estatales y profesionales del nivel federal de vigilancia epidemiológica y de atención primaria de salud. Las secretarías estatales de salud repitieron luego los talleres en sus propias zonas sanitarias. El primer taller estatal se celebró en septiembre en el estado de Rondônia con profesionales procedentes de tres oficinas regionales de salud y

52 municipios. A continuación se organizaron cuatro talleres, uno en el estado de Ceará para los profesionales de vacunación de las 21 direcciones regionales de salud y los municipios en los que está ubicada la sede regional; uno en Rio Grande do Sul para el personal de 19 direcciones regionales; uno en Minas Gerais para 31 direcciones regionales y uno en el Distrito Federal para 15 administraciones sanitarias regionales. Por lo tanto, en el período de julio a diciembre del 2009, hubo ocho talleres en los que se instruyó a más de 150 profesionales, de manera que pudieran servir para multiplicar la labor de capacitación en los municipios respectivos. En el 2010, se planificaron dos talleres: del 25 al 27 de abril para los profesionales de vacunación de 31 direcciones regionales de salud en el estado de Bahía y del 13 al 14 de julio para los profesionales del polo regional de Araguaína, formado por ocho municipios, en el estado de Tocantins.

Metodología

La finalidad del taller es, sobre todo, mejorar la capacidad de evaluar la calidad de los datos y la cobertura de vacunación en los municipios y obtener el compromiso de los profesionales del municipio con una información de calidad, especialmente del numerador (dosis administradas).

Los talleres se programan para que duren al menos dos días. Empiezan con dos charlas en las que se presenta la propuesta de monitoreo de la cobertura de vacunación y el sistema de información usado para registrar las dosis administradas (numerador) y para calcular el denominador (registros del Sinasc y estimaciones de población del IBGE), los dos elementos necesarios para este indicador. Se utiliza una estructura informática con acceso a Internet, con al menos una computadora para cada dos asistentes al taller.

Durante el taller, los asistentes usan la base de datos del SIAP para su zona, con el apoyo del material de instrucción (un cuaderno de ejercicios). Se los instruye sobre cómo crear una carpeta del "Taller" para almacenar los datos extraídos del SIAP y otras bases de datos, como el Sinasc y el sistema de información de atención primaria (*Sistema de Informações da Atenção Básica/SIAB*), en una hoja de cálculo de Excel. El material de instrucción incluye información sobre los siguientes elementos: los centros de vacunación de cada municipio; el tipo de centro (público, privado, municipal); la comprobación de la cobertura de vacunación lograda para cada vacuna y para los esquemas completos de vacunación, el uso de denominadores alternativos (IBGE, SIAB), las tasas de abandono y las oportunidades perdidas de vacunación; el análisis de las inconsistencias en los registros de las dosis administradas (vacunas de dosis única y de dosis múltiples); y el análisis de tendencias de las estimaciones de población.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, el asistente recibe orientación sobre cómo detectar

y hacer una lista de los municipios prioritarios o las zonas de intervención basada en los criterios definidos en la metodología de monitoreo de coberturas de vacunación. Para cada prioridad señalada, el asistente debe formular propuestas de intervención. Se le anima también para que realice un estudio más exhaustivo que facilite la adopción de medidas específicas para lograr la cobertura recomendada, por ejemplo, actualizar las listas de los centros de vacunación, corregir errores en los registros de las dosis administradas, observar las tendencias en los registros usados para el numerador y el denominador, llegar a los que no han sido vacunados y llevar a cabo monitoreos rápidos de cobertura.

El taller finaliza con un cuestionario de respuestas múltiples sobre diferentes aspectos de la metodología, como el contenido, la instrucción, la logística y el tiempo necesario para aprenderlo. Con el fin de obtener un mayor número de respuestas, los encuestados no tienen la obligación de identificarse. El cuestionario se usa como una herramienta para mejorar la metodología o planificar otros talleres. Una vez que se ha capacitado a los profesionales de inmunización, se considera consolidado el monitoreo de coberturas de vacunación. Durante los seis meses siguientes, se evalúan la utilidad de la capacitación y se realizan cambios, si es necesario.

Conclusión

La finalidad de la metodología para el monitoreo de coberturas de vacunación es proporcionar herramientas a los estados y municipios para llevar a cabo los análisis de coberturas de vacunación de una manera descentralizada, permitiendo de esta manera reconocer los riesgos epidemiológicos tan cerca como sea posible de la zona donde éste se produce.

Cada taller celebrado desde la introducción de la metodología ha dado lugar a una propuesta de intervención por parte de los asistentes en sus áreas de responsabilidad. Se observó en todos los talleres que la metodología propuesta puede usarse con resultados positivos en cualquier municipio, siempre que el municipio pueda proporcionar datos de calidad procedentes de sus centros de vacunación. La mejora de la calidad de los datos brinda la oportunidad de proporcionar coberturas de vacunación más fiables, algo que es particularmente pertinente cuando los principales problemas relacionados con los datos se derivan de inexactitudes en los numeradores.

La mayoría de los participantes en los talleres señalaron que el tiempo asignado para la capacitación era insuficiente debido a las dificultades que ellos tuvieron para usar la base de datos y la aplicación Excel. Otras limitaciones que han afectado la iniciativa de monitoreo de coberturas son el escaso número de profesionales de inmunización, la demanda excesiva de su tiempo (campañas de

vacunación muy seguidas) y la falta de control en la generación de las estimaciones de población. Además, muchos responsables de programas de inmunización están poco familiarizados con la manipulación de bases de datos. Los talleres deben formar parte de la capacitación y el desarrollo continuo del personal, ya que las soluciones a estos problemas están más allá del alcance de los propios talleres.

No obstante, la difusión de la metodología sin duda traerá ventajas para todos, y en particular para la población destinataria de los programas nacionales de inmunización, ya que permite:

- Identificar los municipios prioritarios, según riesgo, en cada UF y los distritos prioritarios o subzonas, con baja cobertura, grandes poblaciones, coberturas inferiores al objetivo para tres o más vacunas o, incluso, valores extremos.
- Señalar las poblaciones de alto riesgo en las zonas con mayor densidad demográfica, pobreza, migración, exclusión y poblaciones descuidadas o marginales, en las que se ha demostrado que existe mayor dificultad para llegar a los grupos destinatarios.
- Definir medidas inmediatas dirigidas hacia una investigación más exhaustiva sobre los determinantes de las situaciones de riesgo. Entre los ejemplos de intervención se encuentran las modificaciones en la supervisión o la cooperación técnica, mayor búsqueda activa para encontrar a los no vacunados y la realización de monitoreos rápidos de cobertura.

Según la opinión de los participantes, la implicación de los directores de programa en cada nivel es esencial para la puesta en práctica eficaz de la metodología. Se espera que, dentro de los límites técnicamente factibles, esta metodología ayude a mejorar la calidad de los datos y a hacer que la evaluación de las coberturas de vacunación sea una actividad sistemática en Brasil. También indirectamente debería ampliar la cobertura del registro de los nacimientos (Sinasc) y promover una mayor colaboración entre las diferentes áreas técnicas (vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación, información sanitaria y atención primaria de salud).

Finalmente, también es esencial que los resultados que indiquen una necesidad de acción se compartan con los directores de PNI y otros profesionales de inmunización para superar cualquier obstáculo. El objetivo es cumplir con la misión principal del PNI en cada nivel, es decir, lograr y mantener coberturas de vacunación altas y homogéneas en cada municipio y en todas las zonas dentro de cada municipio, para contribuir así eficazmente al control o la eliminación o erradicación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación bajo vigilancia. ■

Contribuido por: Antonia Teixeira y Samia Samad, Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud de Brasil; Brendan Flannery, FCH/IM, Brasil.

Red de centros ProVac de excelencia especializados en evaluaciones económicas y análisis de decisión

Dado que en los países de América Latina y el Caribe se dispone de conocimientos teóricos y prácticos considerables sobre economía de la salud y análisis de decisión, la Iniciativa ProVac ha establecido una red de centros de excelencia especializados en estos temas. La primera reunión de esta red se celebró el 1º de marzo del 2010 en Nicaragua. La red está constituida por las siguientes instituciones (en orden alfabético):

- Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE), Instituto Nacional de Salud Pública, México, bajo la coordinación del Dr. Atanacio Valencia Mendoza.
- Departamento de Medicina Interna y Unidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria, Universidad Estatal de Rio de Janeiro (UERJ), Brasil, bajo la coordinación del Dr. Denizar Vianna Araujo.
- Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil, bajo la coordinación de la Dra. Hillegonda María Dutilh Novaes.
- Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias y Evaluaciones Económicas, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Buenos Aires, Argen-

tina, bajo la coordinación del Dr. Federico Augustovski.

- Grupo de Evaluación de Salud Pública y Epidemiología, Unidad de Epidemiología, Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, bajo la coordinación del Dr. Fernando de la Hoz Restrepo.
 - Grupo de Investigación en Economía de la Salud, Universidad de Cartagena, Colombia, bajo la coordinación del Dr. Nelson Rafael Alvis Guzmán.
- La red prestará apoyo técnico a las actividades en marcha de la Iniciativa ProVac, en particular las dirigidas a fortalecer la capacidad en el país, realizar análisis económicos nacionales y crear y difundir las herramientas para apoyar los análisis económicos y de toma de decisiones basadas en evidencia. Por lo tanto, los términos de referencia generales propuestos para la red son los siguientes:
- Realizar estudios especiales y crear herramientas para la Iniciativa ProVac, aprovechando los conocimientos y experiencia específicos de cada centro.
 - Participar en actividades de capacitación mediante los talleres ProVac y enseñanza a distancia

sobre análisis económico y toma de decisiones basadas en evidencia a través del Centro de Soporte Virtual (e-Support Center) de ProVac.

- Examinar críticamente y validar los modelos, las herramientas y los materiales de la Iniciativa ProVac, proporcionando retroalimentación y actualizaciones según se necesite.
- Actuar como expertos técnicos durante la puesta en práctica de la Iniciativa ProVac, a medida que lo necesiten y soliciten los países de América Latina y el Caribe a través de la Organización Panamericana de la Salud.
- Prestar apoyo técnico a los equipos nacionales multidisciplinares en todas las etapas de la evaluación económica de las nuevas vacunas en diversos países de América Latina y el Caribe a través de la Iniciativa ProVac de la Organización Panamericana de la Salud, incluido el diseño del estudio, la recopilación de datos y la revisión crítica, análisis e interpretación de los resultados.

Además de las actividades anteriores, se realizarán otras actividades específicas que se elegirán en función de los conocimientos especializados y la experiencia de los diferentes centros en la materia. Éstas se determinarán más adelante a medida que surja la necesidad. La red será coordinada por el equipo gestor de la Iniciativa ProVac de la OPS. El apoyo a la red de Centros ProVac estará a cargo de la OPS y se establecerá un contrato oficial con cada una de las instituciones participantes. ■

Sitio en línea sobre estadísticas económicas internacionales sobre vacunas (OLIVES)

El sitio en línea de estadísticas económicas internacionales sobre vacunas (OLIVES) es un repositorio en Internet de estadísticas relacionadas con las vacunas, concebido como parte de la Iniciativa ProVac de la OPS. El sitio web se está desarrollando gracias a dos de los centros de excelencia de ProVac, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Se espera el lanzamiento oficial y la difusión de la página web OLIVES para el primer trimestre del 2011. Su finalidad es proporcionar a los gerentes de los programas de vacunación y a los equipos nacionales fuentes de información uniformes, actualizadas y fiables para facilitar la evaluación económica de las nuevas vacunas.

Las nuevas vacunas son más caras que las del esquema de vacunación de rutina. La limitación de los recursos financieros destinados a la salud ha llevado a varios países a solicitar apoyo técnico a ProVac para realizar análisis de costo-efectividad de las opciones que se están considerando. La dificultad reside en garantizar que estos análisis sean oportunos y de buena calidad. Los países deben hacer frente a la ausencia de datos para algunos parámetros; sin embargo, para otros las fuentes

de información son múltiples y, a menudo, contradictorias. El formato y la definición de los datos pueden carecer de uniformidad, además los datos pueden ser de calidad dudosa o variable. En respuesta a este reto, el sitio web OLIVES proporcionará formatos uniformes de datos, claridad en las definiciones y, cuando sea factible, una evaluación independiente de la calidad de dichos datos.

Se ha planteado que OLIVES sea compatible con el modelo TRIVAC de ProVac, que actualmente permite a los países hacer análisis de costo-efectividad de las vacunas antineumocócica, antirrotavírica y contra *Haemophilus influenzae* de tipo b. El sitio web permitirá a los usuarios encontrar datos clasificados por país y tipo de indicador, seleccionar los datos preferidos si hay más de una fuente, crear gráficos y mapas y exportar información al modelo TRIVAC. El sitio también permitirá el acceso a los archivos de los datos almacenados.

OLIVES también incluirá datos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) a medida que sigan evolucionando la serie de modelos de análisis de costo-efectividad de VPH de ProVac.

OLIVES extraerá datos de fuentes oficiales como las que se indica a continuación, entre otras:

- División de Población de las Naciones Unidas para los datos y las proyecciones de población.
- Organización Mundial de la Salud y otras estimaciones epidemiológicas para la carga de enfermedad.
- Datos de la Organización Mundial de la Salud sobre los esquemas de vacunación, las coberturas de vacunación y los costos de diversos tratamientos.
- Datos de Encuestas de Demografía y Salud sobre las tasas de utilización de los tratamientos.
- Datos del Banco Mundial sobre gastos e ingresos.
- Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas y jeringas.
- División de Suministros del UNICEF para la compra de vacunas y jeringas.
- Datos de los ensayos clínicos sobre la eficacia de las vacunas.

Actualmente la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria están examinando las fuentes de datos existentes, llevando a cabo las evaluaciones de la calidad y poniendo a punto la funcionalidad del sitio web. Se informará a los gerentes de los programas de vacunación cuando el contenido total de la página web OLIVES se pueda consultar en línea en el centro de ciberayuda ProVac (www.paho.org/provac). ■

Sarampión/Rubéola/SRC: clasificación final, 2009

País	Total casos sospechosos sarampión/rubéola notificados	Sarampión confirmado			Rubéola confirmada			Casos síndrome de rubéola congénita (SRC)	
		Clínica-mente	Labora-torio	Total	Clínica-mente	Laboratorio	Total	Sospechoso	Con-firmado
Anguilla	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentina	400	0	3	3 ^a	0	4	4	10	3
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	56	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermuda	0	0	0	0	0	0	0	...	...
Bolivia	166	0	0	0	0	0	0	2	...
Brasil	9623	0	0	0	0	0	0	140	14
Canadá	...	...	14	14 ^a	...	7	7	...	1
Chile	156	0	1	1 ^a	0	0	0	87	0
Colombia	1418	0	0	0	3	1	4	189	0
Costa Rica	34	0	0	0	0	0	0	10	0
Cuba	594	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	617	0	0	0	0	0	0	1	0
El Salvador	240	0	0	0	0	0	0	...	...
Estados Unidos	...	...	71	71 ^a	...	3	3	0	2
Granada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadalupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	272	0	0	0	0	0	0	5	0
Guayana	59	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Honduras	133	0	0	0	0	0	0	50	0
Islas Caimán	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Vírgenes (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	253	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinica	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	4391	0	0	0	0	0	0	0	0
Montserrat	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	103	0	0	0	0	0	0	0	0
Panamá	83	0	0	0	0	0	0	1	0
Paraguay	331	0	0	0	0	0	0	4	0
Perú	825	0	0	0	0	0	0	...	...
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	144	0	0	0	0	0	0	...	...
Saint Kitts y Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y las Granadinas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	2	0	0	0	0	0	0	...	...
Venezuela	838	0	0	0	0	0	0	...	...
TOTAL	20765	0	89	89	3	15	18	500	20

... no disponible; (a) casos importados o relacionados con importación.

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud aprueba resoluciones sobre diversos aspectos de inmunización

La Asamblea Mundial de la Salud, que reunió a ministros y altos funcionarios de salud de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, se clausuró el 21 de mayo. Los delegados aprobaron resoluciones sobre diversos problemas de salud mundial, entre los que figuran:

→ **Erradicación mundial del sarampión:** diecinueve países participaron en el debate y respaldaron el logro de las siguientes metas para el año 2015: una cobertura de vacunación antisarampiónosa >90% a escala nacional y >80% en cada distrito; una incidencia anual del sarampión <5 casos notificados por millón de habitantes y una reducción $\geq 95\%$ de la mortalidad mundial por sarampión comparada con los datos del año 2000. Estas metas deben considerarse como hitos hacia la erradicación definitiva del sarampión en todo el mundo. Los Estados Miembros se sintieron alentados por los esfuerzos realizados y los progresos logrados en la lucha contra el sarampión, pero también subrayaron las enormes dificultades que se deben superar para lograr las metas para el 2015.

Entre ellas figuran los conflictos entre prioridades de salud pública, la fragilidad de los programas de inmunización, el mantenimiento de las coberturas de vacunación de rutina, las soluciones para cubrir el déficit de financiamiento estimado en US\$ 298 millones, la vacunación de las poblaciones de difícil acceso y la necesidad de abordar el creciente número de brotes de sarampión detectados sobre todo en las zonas fronterizas. El éxito en el logro de las metas de sarampión fijadas para el 2015 es un aspecto decisivo si se desea alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, referente a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

→ **Hepatitis viral:** los Estados Miembros aceptaron el informe presentado a la Asamblea Mundial de la Salud y aprobaron una resolución que contempla la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis cada 28 de julio. Se estima que las hepatitis virales (hepatitis A, B, C, D y E) cobran más de 1 millón de vidas cada año y que actualmente 1 de cada 12 personas está infectada y habrá de afrontar durante su vida una hepatopatía si no se

le detecta la infección. En la Resolución aprobada por los Estados Miembros se pide a la OMS que elabore un abordaje integral para la prevención y el control de las hepatitis virales.

→ **Tratamiento y prevención de la neumonía:** los Estados Miembros aprobaron una resolución sobre el tratamiento y la prevención de la neumonía, la enfermedad más mortífera entre los menores de 5 años a escala mundial. En la Resolución queda patente que la intensificación de los esfuerzos para hacer frente a la neumonía es una necesidad imperiosa para poder alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, referente a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ■

Adaptado de *Global Immunization News* (28 de mayo del 2010), Immunization, Vaccines and Biologicals, Organización Mundial de la Salud. Puede consultarse en <http://www.who.int/immunization/gin/en/index.html>.

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 XXXII, Número 3 • Junio del 2010

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/immunization>