

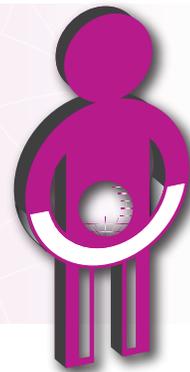
# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXVIII Número 1

Proteja a su familia vacunándola

Marzo del 2016



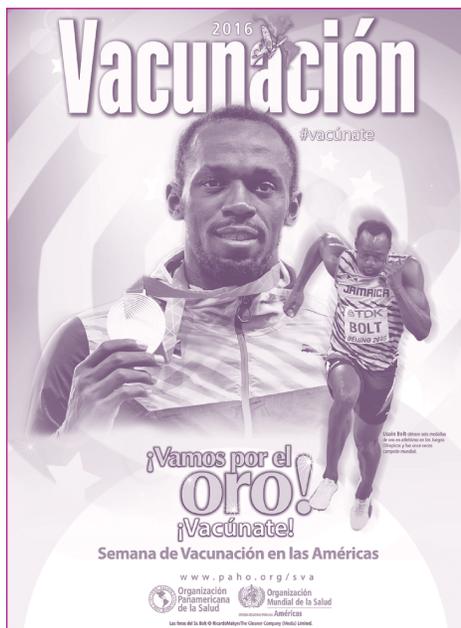
## Se acerca la celebración de la Semana de Vacunación en las Américas 2016

Este año se cumple el 14.º aniversario de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), la cual se celebrará en la semana del 23 al 30 de abril. Esta vez, el lema regional de la iniciativa será “¡Vamos por el oro! ¡Vacúnate!”, para mantener el paralelismo con los Juegos Olímpicos 2016 que se realizarán en Río de Janeiro (Brasil) en agosto.

Por medio del uso de los hashtags #Vacúnate y #VamosPorElOro, las redes sociales tendrán un papel importante en la campaña comunicacional de la iniciativa este año. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) invitará a las personas de toda la Región a que se tomen fotos con medallas de oro y muestren letreros con los hashtags antes mencionados y las compartan en las redes sociales o el sitio web de la SVA (<http://www.paho.org/sva>), adicionalmente se realizarán chats a través de Twitter en español e inglés los días 20 y 21 de abril, respectivamente. Este año la OPS suscribió una alianza especial y “atrapó” al deportista jamaicano Usain Bolt, “el hombre más rápido del mundo”, para que preste su apoyo a la campaña de la Semana de Vacunación en las Américas 2016. Gracias a esta colaboración, la imagen de Bolt se imprimirá en los materiales de la campaña de la SVA, y el deportista grabará un anuncio para expresar su apoyo a las vacunas y a la SVA. En el sitio web podrán descargarse afiches, imágenes para adhesivos, diseños para camisetas, plantillas de PowerPoint y páginas para pintar, entre otros recursos usados para respaldar la iniciativa.

Los actos que marcarán el lanzamiento de la Semana de Vacunación en las Américas 2016 en la Región se realizarán en Kingston (Jamaica) el 23 de abril. Se prevé que asistirán autoridades de alto nivel del gobierno jamaicano, incluido el Ministro de Salud; la Directora de OPS, la doctora Carissa F. Etienne; la representante de la OPS/OMS en Jamaica, la doctora Noreen Jack; así como representantes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas

Ver **SVA** página 2



Afiche promocional de la Semana de Vacunación en las Américas 2016, con el velocista jamaicano Usain Bolt.

## Paraguay se prepara para ser el primer país de la Región en hacer el cambio de la vacuna antipoliomielítica

Paraguay es uno de los 36 países de la Región de las Américas que está preparándose para hacer el cambio de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV). Con la orientación y el apoyo brindado por el equipo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y su gerente, la doctora Sonia Arza, el país completó todas las etapas de preparación para el cambio y recibió el suministro de bOPV el día 7 de marzo. Además, capacitó a todo el personal de salud que participará en el proceso y está tomando las previsiones necesarias para que el programa nacional de inmunización evalúe más de 20% de los puntos de servicio de salud mediante un monitoreo independiente.

Paraguay decidió hacer el cambio el día 18 de abril. Ese día, a las 10:00 de la mañana, sonarán campanas y sirenas en todo el país, como señal del cambio; en ese momento, todos los servicios y unidades de salud empezarán a usar la bOPV y sacarán de la cadena de frío las vacunas trivalentes que no se hayan usado, las rotularán con la frase “No utilizar” y las enviarán al lugar donde las destruirán.

En el país se está trabajando decididamente para reducir al mínimo la cantidad de vacunas trivalentes que será necesario destruir. Ya no hay vacunas trivalentes en ningún nivel de la cadena de frío, incluido el nivel departamental. Se están intensificando las actividades de vacunación con la vacuna trivalente en las áreas de baja cobertura y buscando activamente a los niños sin vacunar.

La doctora Cristina Pedreira, asesora regional de inmunización de la OPS en materia de poliomielitis, visitó Paraguay del 8 al 10 de marzo para examinar el progreso del país en cuanto a los preparativos para el cambio. Durante la visita, la doctora Pedreira y varios supervisores nacionales viajaron a la XVIII Región Sanitaria Capital, la XI Región Sanitaria Central y la III

Ver **PARAGUAY** página 2

### EN ESTA EDICIÓN

- 1 Se acerca la celebración de la Semana de Vacunación en las Américas 2016
- 1 Paraguay se prepara para ser el primer país de la Región en hacer el cambio de la vacuna antipoliomielítica
- 2 Planes nacionales de preparación y respuesta frente a un brote de poliomielitis
- 3 Recursos de apoyo al cambio de la vacuna antipoliomielítica: videos
- 3 Fortalecimiento de capacidades de medición, análisis y monitoreo de las desigualdades sociales en torno a la inmunización en la República Dominicana
- 4 Granada avanza hacia a un sistema electrónico de información sobre vacunación
- 4 Nicaragua y Honduras obtienen puntuaciones altas en las evaluaciones GEV
- 5 Reunión de la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola en Ecuador
- 6 Reunión regional sobre vacunación contra la influenza estacional en la Región de las Américas celebrada en Chile
- 7 Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2016
- 7 Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2016-2017
- 8 COLUMNA: Lo que he aprendido... por Irene Leal Sánchez

SVA cont. página 1

sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y otros socios. También se prevén otros actos regionales en las fronteras entre Honduras y Guatemala; Colombia, Brasil y Perú; Panamá y Costa Rica; y Panamá y Colombia, entre otras. Además, se realizarán eventos nacionales en diversos países y territorios, entre los cuales se encuentran Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Martín, Suriname, Trinidad y Tobago, y Uruguay.

Este año, los países y territorios han informado sobre planes dirigidos a más de 60 millones de personas de todas las edades, los cuales comprenden la vacunación contra una amplia gama de enfermedades, incluida la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, el sarampión, la difteria, la parotiditis, la tos ferina, el tétanos neonatal, la influenza, la fiebre amarilla, la diarrea causada por rotavirus, la neumonía bacteriana y el virus del papiloma humano, entre otras. Además, la Semana de Vacunación en las Américas de este año coincidirá con las dos semanas en las cuales se coordinará a escala mundial el cambio de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (TOPV) a



El personal de la sede de la OPS expresa su apoyo a la Semana de Vacunación en las Américas, 2016. Crédito: David Spitz, OPS/OMS.

la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV), un paso importante hacia la erradicación de la poliomielitis en todo el mundo. También se tiene previsto incorporar a la SVA otras intervenciones de salud preventivas, haciendo hincapié en la prevención y el control de los actuales brotes de enfermedades transmitidas por vectores, como las causadas por los virus del Zika, Chikunguña y dengue.

Paralelamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estará celebrando su quinta Semana Mundial de la Inmunización, en la cual participarán más de 180 países de las seis regiones de la OMS.



Afiche promocional de la Semana de Vacunación en las Américas 2016, con el tema olímpico.

Su tema, por segundo año consecutivo, será “Cerrar las brechas en inmunización: Inmunización para todos durante toda la vida”, cuyo objetivo es celebrar los éxitos de la campaña sin perder de vista los retos que aún se enfrentan. ■

PARAGUAY cont. página 1

Región Sanitaria Cordillera, donde visitaron la sede de la región sanitaria y varios hospitales y unidades de salud. En la Región Capital fueron al Hospital General Barrio Obrero y la Unidad de Salud Familiar de Yukyty; en la Región Sanitaria Central, al Hospital Distrital de Lambaré, el Hospital Regional de Luque y el Hospital Materno Infantil Fernando de la Mora; en Cordillera, al Hospital de Caacupé. El Hospital de Caacupé merece un reconocimiento especial por el trabajo de seguimiento en cuanto a los calendarios de vacunación de los niños que nacen en el hospital y viven en el área circundante.

En todos los centros visitados, incluidas las sedes de las regiones sanitarias, los hospitales y las

unidades de salud, el personal de salud estaba bien informado, preparado y comprometido con el cambio de la vacuna antipoliomielítica. Todo el personal entrevistado entendía lo que tenía que hacer antes, durante y después del cambio, cómo hacerlo y por qué.

En todos los centros había un afiche con la fecha y hora del cambio, así como una caja para poner las vacunas que se destruirían y las vacunas trivalentes ya habían sido rotuladas como se había indicado. En todos los puntos de servicios visitados había un entusiasmo que recordaba la época de la erradicación de la poliomielitis a fines de los años ochenta y principios de los noventa.

La doctora Pedreira se reunió con el Organismo Nacional de Certificación y la Viceministra de Salud, la doctora María Teresa Barán; participaron en una conferencia de prensa y una entrevista en vivo con la Directora del PAI, cuatro miembros del Organismo Nacional de Certificación y el representante de la OPS/OMS en Paraguay, el doctor Carlos Castillo Solórzano. Durante esa entrevista, hablaron sobre el objetivo de la visita de la doctora Pedreira al país y explicaron la manera en que se confirmó que Paraguay estaba muy bien preparado para hacer el cambio de vacunas en todos los niveles. ■

## Planes nacionales de preparación y respuesta frente a un brote de poliomielitis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los países elaboren un plan nacional de respuesta frente a la poliomielitis, para lo cual proporciona a los países una plantilla que puede servir de ayuda en este proceso. Esta plantilla tiene por objeto que los países sigan los lineamientos de los nuevos protocolos de respuesta frente a brotes y puedan planificar y responder de manera rápida y efectiva ante los brotes de poliovirus de tipo 2 y eventos poliomielíticos de tipo 2 detectados después del cambio de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV).

La aparición de un caso de poliomielitis debido al poliovirus salvaje o a poliovirus circulantes derivados de la vacuna en un país que ha sido declarado libre de poliomielitis debe considerarse una emergencia nacional de salud pública, y requiere urgentemente que se dé una respuesta rápida y de alta calidad por medio de actividades de vacunación.

Los planes nacionales de preparación y respuesta frente a un brote de poliomielitis deben completarse antes de julio del 2016 para que el comité nacional de certificación de cada país pueda examinarlos

antes de que se presenten a la Comisión Regional de Certificación.

Estos planes también deben considerar el *Protocolo para la notificación, evaluación de riesgos y respuesta ante la detección de poliovirus de tipo 2 después de la retirada mundial de la vacuna oral contra la poliomielitis que contiene el serotipo 2*. Este documento, junto con la plantilla para la elaboración de un plan nacional de preparación y respuesta frente a un brote de poliomielitis, puede encontrarse en la página web [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio) en español, inglés y francés. ■

## Recursos de apoyo al cambio de la vacuna antipoliomielítica: videos



En previsión del cambio mundial de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV), que ocurrirá en 155 países de todo el mundo durante las últimas dos semanas de abril (del 17 de abril al 1 de mayo), la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis, con el apoyo del UNICEF, ha producido un video corto animado que explica el cambio en siete idiomas: inglés, español, urdú, ruso, mandarín, francés y árabe. Todos los videos pueden verse en la siguiente página web (en inglés): <https://vimeo.com/theswitchtogether>.

La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis también ha elaborado una serie de seis videos a fin de explicar los pasos que están dándose para asegurarse de que una vez que se haya erradicado el poliovirus, no exista la posibilidad de que reaparezca. En estos videos se toca una amplia variedad de temas, como qué vacunas están usándose

para erradicar la poliomiélitis, cómo se está reduciendo gradualmente el uso de la vacuna antipoliomielítica oral (comenzando con el cambio de la OPV trivalente a la OPV bivalente en abril del 2016) y cómo el confinar de manera segura

los poliovirus dentro de los laboratorios y los sitios donde se fabrican las vacunas mantendrá protegido hasta al último niño, incluso en un futuro lejano. Estos videos están disponibles en idioma inglés en las siguientes páginas web:

<p><b>1. Asegurar un mundo libre de poliomiélitis: video introductorio</b>  <a href="http://bit.ly/28LWQvx">http://bit.ly/28LWQvx</a></p>	
<p><b>2. Asegurar un mundo libre de poliomiélitis: las vacunas antipoliomielíticas</b>  <a href="http://bit.ly/28QJmgf">http://bit.ly/28QJmgf</a></p>	
<p><b>3. Asegurar un mundo libre de poliomiélitis: detener la circulación de todos los polivirus</b>  <a href="http://bit.ly/28MBhOh">http://bit.ly/28MBhOh</a></p>	
<p><b>4. Asegurar un mundo libre de poliomiélitis: eliminar gradualmente el uso de las vacunas antipoliomielíticas orales</b>  <a href="http://bit.ly/28LsEOE">http://bit.ly/28LsEOE</a></p>	
<p><b>5. Asegurar un mundo libre de poliomiélitis: crear resiliencia para el cambio</b>  <a href="http://bit.ly/28LTt9k">http://bit.ly/28LTt9k</a></p>	
<p><b>6. Asegurar un mundo libre de poliomiélitis: confinar los poliovirus en condiciones de seguridad y protección</b>  <a href="http://bit.ly/28LVOxA">http://bit.ly/28LVOxA</a></p>	

## Fortalecimiento de capacidades de medición, análisis y monitoreo de las desigualdades sociales en torno a la inmunización en la República Dominicana

Del 9 al 11 de marzo se realizó en Santo Domingo, República Dominicana, el Taller Regional sobre el Fortalecimiento de Capacidades para la Medición, el Análisis y el Monitoreo de las Desigualdades Sociales en la Inmunización, como parte de un esfuerzo colaborativo entre el Programa Especial de Desarrollo Sostenible y la Equidad en Salud y la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El objetivo principal del taller era capacitar a los participantes para que analicen las desigualdades en la cobertura de la vacunación, en particular aquellas relacionadas con indicadores socioeconómicos. Entre los participantes del taller se encontraron técnicos de los ministerios de salud de Bolivia, Chile, Cuba, Honduras, Perú y la República Dominicana, además de facilitadores de la OPS.

En las presentaciones del taller, que tuvo una duración de tres días, se cubrieron los conceptos de desigualdades en materia de salud e inmunización, determinantes sociales de la salud y métodos de medición usados específicamente para medir y analizar las desigualdades en la cober-



Participantes del Taller Regional sobre el Fortalecimiento de Capacidades para la Medición, el Análisis y el Monitoreo de las Desigualdades Sociales en la Inmunización, República Dominicana, marzo del 2016. Crédito: OPS, República Dominicana.

tura dentro de un país usando estratificadores de equidad. Se les pidió a todos los participantes que llevaran bases de datos con cifras subnacionales sobre la cobertura de la vacunación en dos puntos distintos en el tiempo, además de los indicadores sociales, económicos o ambientales correspondientes. Como parte del programa del taller, a los participantes se les dio la oportunidad de adquirir experiencia práctica realizando los diferentes tipos de análisis de las desigualdades que se explicaron usando datos de su propio país.

Además de la necesidad de mantener o mejorar las tasas de la cobertura nacional de vacunación en toda la Región, los facilitadores subrayaron que los programas nacionales de inmunización también deben analizar sus datos con mayor detenimiento para estar seguros de que no existen ni persisten desigualdades en la cobertura a nivel subnacional. Con este fin, monitorear de manera activa la relación entre la cobertura de la vacunación y los indicadores socioeconómicos puede ser una herramienta clave para ayudar a sustentar estrategias de vacunación dirigidas a grupos específicos. La importancia de tales esfuerzos se ha reflejado en el indicador estratégico 2.1.1. del Plan de acción regional sobre inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés) de la OPS, que se refiere al “número de países y territorios que informan cobertura por quintil de ingresos u otros subgrupos que permiten monitorear la equidad de la vacunación”. Actualmente está planificándose trabajo adicional para ampliar e institucionalizar el estudio de las desigualdades socioeconómicas y la cobertura de vacunación. ■

## Granada avanza hacia a un sistema electrónico de información sobre vacunación

En febrero del 2015, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos aprobaron una subvención por US\$ 49.000 para brindar apoyo al fortalecimiento de la vigilancia de la inmunización de rutina de Granada. En la propuesta de subvención se presentó un plan para la creación de un registro nominal de vacunación electrónico (RNVe), el cual formaría parte de un sistema de información sobre inmunización, más amplio. Los planes de crear un RNVe en Granada se conceptualizaron el año anterior y se incluyeron en el Plan de Acción nacional del PAI correspondiente al 2015.

A raíz de la aprobación del financiamiento de los CDC, se inició una serie de acciones con las cuales Granada entró en un período de transición que le permitirá pasar de un sistema de documentación en papel, que depende de las personas que asientan los registros y los libros donde estos se anotan, a un moderno sistema electrónico que le saca el máximo provecho a la era de la información y el conocimiento en la cual vivimos hoy en día. En este artículo se describen las actividades y medidas específicas que se han emprendido en el país a fin de implantar la Red Electrónica de Granada para el Sistema Integrado de Atención de Salud e Información sobre Vacunación.

### Planificación e implantación

A fin de planificar y dirigir el proyecto se estableció un comité de implementación integrado por personas de las áreas de planificación, enfermería e informática del Ministerio de Salud. Este comité colaboró estrechamente con los representantes de la Oficina de los Países del Caribe Oriental de la Organización Panamericana de la Salud y sus contrapartes de Washington, D.C., quienes desempeñaron un papel importante al supervisar muchas de las actividades del proyecto y brindar orientación al respecto.

### Selección del RNVe

Un análisis detallado del actual sistema de documentación de vacunas permitió establecer en forma detallada los criterios que se usarían para seleccionar y adaptar el sistema del RNVe. Después de examinar las opciones que ofrecían diferentes proveedores de registros de vacunación electrónicos, el país seleccionó un sistema sostenible en el tiempo que podía adaptarse a sus necesidades particulares.

### Capacitación

En noviembre del 2015 se realizó la capacitación de los usuarios del RNVe. Durante la capacitación, los participantes realizaron ejercicios prácticos para adquirir experiencia con las funcionalidades del sistema, para lo cual se usó una versión de prueba del programa. De esta manera, se logró que la capacitación fuera muy exitosa, como lo demostraron los comentarios sumamente

positivos de los participantes.

### Situación actual

Actualmente, los tres hospitales públicos de Granada están introduciendo los datos de los recién nacidos en el RNVe. Además, ya dos instituciones comunitarias lo han implantado y se prevé que otras lo adopten en las próximas semanas.

### Próximos pasos

Se prevé que para fines del 2016 el RNVe ya esté en pleno funcionamiento en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados. Para alcanzar esta meta, el Ministerio seguirá verificando los datos del resto de los establecimientos, y completará la instalación de computadoras y conectividad de red en áreas aún no cubiertas. ■

### ¿Cómo van el RNVe y el sistema de información sobre inmunización a mejorar el desempeño del programa de inmunización de Granada?

- **Mayor cobertura de la vacunación:** Cada consultorio podrá elaborar proyecciones y recopilar información clave para enviar distintos tipos de recordatorios; por ejemplo, de dosis pendientes en este momento, dosis que no se administraron (para quienes que no cumplieron con el cronograma de vacunación previsto), próximas dosis, etc.
- **Mejor acceso a los registros de inmunización:** Gracias al RNVe, los profesionales de la salud autorizados podrán acceder fácilmente a los registros de vacunación de sus pacientes, sea de manera individual o consolidada, mediante una interfaz segura en la web.
- **Mejor presentación de informes sobre vacunación:** El sistema de información sobre inmunización proporcionará un mecanismo

electrónico estandarizado para registrar y notificar las vacunas administradas en las instituciones de salud públicas y privadas. Esto también mejorará la calidad de los datos que se presentan a organismos y organizaciones externas y mejorará la capacidad de planificación del Ministerio.

- **Mejor manejo de inventarios:** El sistema de información sobre inmunización tiene un módulo de manejo de inventarios, lo cual permitirá mejorar el seguimiento del suministro de vacunas en todo el país.
- **Mejor planificación a nivel nacional:** Los informes generados por medio del sistema de información sobre inmunización proporcionarán al Ministerio de Salud información más exacta y oportuna, lo cual es fundamental en la toma de decisiones y la planificación.

## Nicaragua y Honduras obtienen puntuaciones altas en las evaluaciones GEV

En el 2015 se usó el sistema de Gestión Efectiva de Vacunas (GEV) para hacer evaluaciones en Nicaragua (en mayo y junio) y Honduras (en agosto y septiembre). El objetivo de tales evaluaciones fue examinar la cadena de frío, la cadena de suministros de vacunas y las actividades relacionadas con la gestión de las vacunas en los dos países. En ambos casos, antes de comenzar la evaluación se realizó una capacitación sobre las herramientas y la metodología del sistema de GEV a fin de estandarizar su aplicación en el campo<sup>1</sup>. Nicaragua y Honduras obtuvieron puntuaciones altas en sus evaluaciones; en ambos casos, la puntuación general promedio fue superior al 90%.

Del 28 de mayo al 12 de junio del 2015, trabajadores nacionales del Ministerio de Salud de Nicaragua y evaluadores internacionales (de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud) evaluaron la herramienta en Nicaragua. Durante esta evaluación, el equipo visitó 47 almacenes y establecimientos de salud seleccionados aleatoriamente y examinó registros con fechas entre el 1 de mayo del 2014 y el 30 de abril del 2015. Entre los 47 sitios visitados se

encontraban 12 de los 19 sistemas locales de atención integral en salud, que se encuentran a nivel subnacional; 17 almacenes de vacunas, a un nivel de distribución inferior; y 17 puntos de prestación de servicios. En la evaluación también se incluyó el almacén nacional de vacunas.

En su primera evaluación con el sistema GEV, Nicaragua obtuvo una puntuación general promedio de 93%, lo que representa un logro significativo si se considera que la puntuación mínima establecida es de 80%. El nivel primario del país obtuvo una puntuación de 92%; el nivel subnacional, 96%; el nivel de distribución inferior, 93%; y el nivel de prestación de servicios, 93%. Para el momento de esta evaluación, la puntuación promedio de Nicaragua puso el país de primero en la lista de las 80 evaluaciones con las calificaciones más altas realizadas en todo el mundo desde el 2009.

En la evaluación en Honduras, realizada entre el 27 de agosto y el 11 de septiembre del 2015, participó personal de salud del Ministerio de Salud de Honduras y evaluadores internacionales de la OPS y de los Ministerios de Salud de

Nicaragua y Paraguay. Durante ese análisis, el equipo visitó 42 almacenes y establecimientos de salud seleccionados aleatoriamente y examinó registros con fechas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2014. Entre los 42 sitios visitados se encontraban 7 de las 20 regiones sanitarias, a nivel subnacional; 16 almacenes de vacunas, al nivel de distribución inferior; y 18 puntos de prestación de servicios, así como el almacén nacional de vacunas.

En su primera evaluación con el sistema GEV, Honduras obtuvo una puntuación general promedio de 97%. Esto incluyó la puntuación alcanzada para los cuatro niveles de la cadena de suministros en el país y los nueve criterios evaluados con el sistema GEV. Con esta puntuación promedio, para el momento en que se realizó esta evaluación Honduras ocupó el primer lugar en la lista de las 104 evaluaciones con las calificaciones más altas realizadas en todo el mundo desde el 2009. El nivel primario obtuvo una calificación de 98%; el nivel subnacional, 96%; el nivel de distribución inferior, 97%; y nivel de prestación de servicios, 98%. ■

<sup>1</sup> "Introducción general a la GEV". Boletín de Inmunización. Octubre del 2014; vol. XXXVI; n.º 5; (p. 2-4). Disponible en <http://bit.ly/29n72Kz>

## Reunión de la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola en Ecuador

Entre el 9 y el 10 de febrero del 2016 se realizó en Quito (Ecuador) la reunión de la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola. En la reunión participaron 25 personas, entre las cuales se encontraban representantes de laboratorios nacionales de sarampión y rubéola de 12 países de la Región (Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana), representantes de laboratorios regionales y subregionales de sarampión y rubéola (Brasil, Canadá y el Organismo de Salud Pública del Caribe [CARPHA]) y profesionales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los objetivos de la reunión fueron examinar el progreso, los logros y los desafíos de la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola; hacer un seguimiento del desempeño de la Red de Laboratorios y la ejecución de las recomendaciones; y realizar presentaciones interactivas sobre casos de sarampión y rubéola, así como sobre la circulación del virus del Zika en las Américas.

Las principales recomendaciones de la reunión están relacionadas con la confirmación de casos mediante exámenes de laboratorio, la garantía y el control de calidad, y el perfeccionamiento de la vigilancia molecular. La primera recomendación de la reunión consistió en instar a los programas nacionales de vigilancia a cumplir con los indicadores de vigilancia y garantizar que las muestras sean referidas al laboratorio a la brevedad posible. Sin embargo, debido a asuntos logísticos y financieros, a menudo se hace difícil transportar las muestras al laboratorio de manera oportuna en un plazo de cinco días. En algunos países, el sistema de información sobre la vigilancia no está actualizándose con los datos resultantes de los informes de laboratorio. En otros, las pruebas de laboratorio se retrasan, pues los laboratorios no disponen de suficientes suministros o evitan utilizarlos. Esto puede deberse a retrasos en las importaciones o escasez de recursos financieros. No obstante, los laboratorios de la red deben colaborar estrechamente con su programa de vigilancia y las autoridades de la institución para encontrar y llevar a la práctica soluciones que garanticen y protejan el papel del laboratorio en la sostenibilidad de la eliminación de las enfermedades. Esto incluye cumplir con el plazo recomendado de cuatro días para la entrega de resultados de laboratorio a pesar de los retos anteriormente mencionados.

La segunda recomendación fue que la red de laboratorios siga fortaleciendo los procesos de garantía de la calidad y control de calidad en los laboratorios nacionales y subnacionales. Los laboratorios de la red deben seguir participando en



Participantes de la reunión de la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola que se realizó en Ecuador en febrero del 2016. Crédito: Pedro Xavier Domínguez Andrade, OPS-Ecuador.

el programa mundial de pruebas de competencia de los análisis serológicos, que se realiza anualmente; en el 2015, este programa introdujo un protocolo nuevo y un sitio web para la presentación de informes, desarrollado por la OMS y el Laboratorio Victoriano de Referencia de Enfermedades Infecciosas, de Australia (VIDRL, por sus siglas en inglés). El objetivo de las pruebas de competencia es examinar el desempeño de los laboratorios de la red mundial de la OMS a fin de determinar si hay algún problema en el uso habitual de los análisis, comprobar la exactitud en la presentación de información, verificar los criterios de validación de análisis y comprobar la presentación oportuna de resultados por parte de los laboratorios, es decir, en un plazo de 14 días después de recibir las series (paneles) de la OMS para la inmunoglobulina M. Los resultados de las pruebas representan uno de los criterios usados para la acreditación anual de los laboratorios nacionales, por lo que la tarea de garantizar que los laboratorios de la red reciban las series y envíen una respuesta al respecto debe ser una responsabilidad compartida entre los laboratorios nacionales, los laboratorios regionales de referencia y la OPS/OMS.

Además, todos los laboratorios de la red que están realizando pruebas moleculares deben participar en el programa mEQA (garantía de la calidad externa [de pruebas] moleculares), de la OMS y los CDC, y presentar los resultados de los análisis moleculares que están realizando. Gracias al programa mEQA, introducido recientemente, se ha logrado evaluar el desempeño y la capacidad de los laboratorios de la red en cuanto a la realización de análisis moleculares para detectar y caracterizar el sarampión y la rubéola.

Otra recomendación de la reunión fue perfeccionar la vigilancia molecular. Se alienta a los programas de vigilancia nacionales a recoger muestras para la detección viral y mejorar la vigilancia molecular, con lo cual mantendrían la competencia del laboratorio en cuanto al análisis molecular. La vigilancia molecular ha pasado a ser una

herramienta integral en la verificación del programa de eliminación del sarampión y la rubéola, por lo que a los laboratorios nacionales de la red se les pide que presenten de manera oportuna datos sobre las secuencias para las bases de datos de secuencias de la OMS (MeaNS y RubeNS para sarampión y rubéola, respectivamente, por los nombres en inglés de las enfermedades). Además, se insta a los laboratorios a usar las herramientas disponibles en MeaNS y RubeNS y usar “cepas con nombre” del sarampión para estudiar las vías de transmisión viral. A fin de asegurar la capacidad del laboratorio para realizar análisis moleculares del sarampión y la rubéola, es necesario impartir capacitación sobre análisis molecular en el propio laboratorio donde sea necesario y posible; así como impartir capacitación en línea sobre MeaNS y RubeNS.

El actual brote por el virus del Zika en América Latina y el Caribe puede representar una carga adicional para la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola. Los participantes de la reunión expresaron su preocupación por la posibilidad de que las directrices actuales de la OPS en cuanto a vigilancia de la rubéola y el sarampión sobrecarguen a los laboratorios de la red porque las definiciones de casos de las diferentes enfermedades —como dengue, Zika y Chikunguña— se están solapando. Por consiguiente, los laboratorios de la red tienen que crear conciencia acerca de cuadros clínicos similares y mantenerse alertas para detectar cualquier posible caso importado de sarampión en medio de la epidemia por el virus del Zika. De la misma manera se debe aprovechar la oportunidad que brinda la vigilancia de los defectos congénitos causados por el virus del Zika. Esto facilitaría una mayor vigilancia de los defectos congénitos por el síndrome de rubéola congénita, realizada con el fin de garantizar que se mantenga la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

En entornos de eliminación de enfermedades, una herramienta extremadamente útil para el diagnóstico de laboratorio es la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa; sin embargo, esta no puede usarse para descartar casos en un contexto en el que se solapan distintas definiciones de casos. Cuando resulta difícil clasificar los casos, es necesario que los laboratorios trabajen estrechamente con el programa de vigilancia, mejoren la investigación acerca de los casos y hagan un seguimiento con todos los contactos del paciente para buscar casos secundarios. El programa debe intentar fortalecer los vínculos entre datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio para mejorar la clasificación de los casos. ■

## Reunión regional sobre vacunación contra la influenza estacional en la Región de las Américas celebrada en Chile

Del 15 al 17 de marzo del 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebraron una reunión regional sobre la vacunación contra influenza en Santiago (Chile). En este evento se realizaron de manera conjunta una reunión de la OMS sobre la composición de las vacunas contra influenza estacional y una reunión de REVELAC i (Red para la Evaluación de la Efectividad de la Vacuna en Latino América y el Caribe Influenza). El objetivo del evento fue brindar apoyo a los países de América Latina y el Caribe sobre el uso de la información recopilada mediante los programas de vacunación y de la vigilancia de influenza para tomar decisiones basadas en datos científicos y seguir trabajando en las recomendaciones sobre la vacunación contra influenza estacional.

En la reunión, que duró tres días, se analizaron los datos epidemiológicos y virológicos más recientes disponibles para apoyar las políticas de vacunación contra influenza y se abordaron los desafíos actuales que enfrentan los países de América Latina y el Caribe así como las brechas en el conocimiento. Entre los temas incluidos en la agenda estaban la estacionalidad de influenza en los países tropicales del continente y su impacto en cuanto a la programación de las actividades relacionadas con la vacunación la formulación de la vacuna; una actualización por parte de los fabricantes de vacunas sobre la producción de vacunas y en qué medida dicha producción puede satisfacer las necesidades actuales de los programas de vacunación; un seguimiento de la efectividad de la vacuna contra influenza y de su impacto sobre la carga de la enfermedad entre los grupos de alto riesgo; la vacunación contra influenza materna y los métodos para generar datos científicos sobre la carga de la enfermedad, así como el efecto protector de las vacunas en las embarazadas y los recién nacidos; la calidad de los datos de vacunación y los retos operativos de los programas de inmunización.

Participaron equipos multidisciplinarios de los ministerios de salud de 21 países de toda la Región de las Américas, incluidos profesionales que trabajan en la vigilancia epidemiológica y virológica de influenza y gerentes de programas nacionales de inmunización. También participaron representantes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), el Laboratorio Victoriano de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Australia, la Universidad Emory, la red europea Influenza Monitoring of Vaccine Effectiveness (I-MOVE), Marshfield Clinic, el Centro para el Control de Enfermedades de Columbia Británica, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - Centroamérica, la Universidad del Valle de Guatemala y la Fundación Bill y Melinda Gates.



Participantes en la reunión sobre la vacunación contra influenza realizada en Santiago (Chile) en marzo del 2016. Crédito: OPS-Chile.

En los últimos años, los países de América Latina y el Caribe han proseguido con sus esfuerzos por mantener o aumentar la aceptación de la vacuna contra influenza en los grupos de alto riesgo, especialmente en las embarazadas. Así mismo, han seguido fortaleciendo la vigilancia, las plataformas de inmunización y los sistemas de información de influenza, lo que ha mejorado los preparativos para pandemias que puedan ocurrir en el futuro. Sin embargo, persisten retos en cuanto a la estimación de la cobertura de vacunación, especialmente en las embarazadas y las personas con enfermedades crónicas. Los países de América Latina y el Caribe actualmente están trabajando a fin de establecer denominadores más precisos para estos cálculos.

Cualquier ajuste que se haga a las políticas de vacunación contra influenza debe ser guiado por las características epidemiológicas de influenza a nivel nacional o subnacional. Desde el 2007, a medida que ha habido más datos epidemiológicos y virológicos disponibles, seis países han cambiado las formulaciones de sus vacunas dejando a un lado la del hemisferio norte para adoptar la correspondiente al hemisferio sur (El Salvador, Guatemala, Colombia, Costa Rica, Cuba y Honduras). Estos países también cambiaron el período de vacunación a los meses de abril y mayo. En estos países, la decisión se basó en un examen de los datos obtenidos por medio de la vigilancia epidemiológica y virológica hecho por un comité multidisciplinario e interinstitucional (PAI, sistema de vigilancia de influenza, centros nacionales de influenza) junto con los comités asesores nacionales sobre prácticas de inmunización.

Se recordó a los participantes las recomendaciones actuales del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS (GTA), en las cuales se propone administrar la vacuna de manera intensiva antes del pico epidémico primario de influenza, a fin de alcanzar una cobertura alta en los grupos de alto riesgo. Además, el GTA alentó a los países tropicales,

especialmente aquellos con grandes superficies territoriales, a realizar análisis sobre la estacionalidad de influenza a nivel subregional, puesto que la estacionalidad puede presentar diferencias debido a parámetros geográficos y climáticos. Además, el GTA ha recomendado a los países evaluar qué impacto tienen los cambios que se hacen a las políticas relacionadas con la influenza en la carga de la enfermedad.

Para seguir promoviendo la vacunación contra influenza en las embarazadas y brindar orientación a los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) y los servicios de salud, la OPS ha elaborado una guía práctica sobre inmunización materna en la cual se describen los beneficios de vacunar a la madre y el recién nacido, y se abordan aspectos operativos específicos sobre la vacunación contra influenza, como los métodos para calcular los denominadores en la cobertura de la vacunación contra influenza en las embarazadas. Esta guía complementará las futuras directrices mundiales de la OMS sobre inmunización materna. En la Región se están realizando actualmente diversos esfuerzos para estimar la carga de la enfermedad y la efectividad de la vacuna en las embarazadas, y generar datos sobre la seguridad de la vacuna para la madre y el niño. La OPS además instó a los países de América Latina y el Caribe a llevar un registro de las lecciones aprendidas en cuanto a la inmunización materna, tal como lo recomienda el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por sus siglas en inglés), incluido cuál es el mejor trimestre del embarazo para administrar la vacuna.

Los participantes acordaron una agenda de investigación a corto plazo a fin de abordar la efectividad y el impacto de la vacuna contra la influenza; los conocimientos, las actitudes y las prácticas en relación con la vacunación de las embarazadas y los trabajadores de la salud; la costoefectividad de las vacunas contra la influenza tetravalentes con respecto a las cuales ni la OMS ni el GTA han dado recomendaciones oficiales hasta el momento. ■

Tabla 1: Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2016 (precios en US\$)

Vacuna		Dosis por frasco	Costo promedio por dosis
BCG		10	0,1443
Cólera		1	1,8500
DPT		10	0,2220
DT	Pediátrica	10	0,1560
DTaP Triple Acelular	Pediátrica	1	12,8
DTaP-IPV	Tetravalente Acelular	1	10,4
DTaP-IPV-Hib	Pentavalente Acelular	1	13
DTaP-IPV-Hep B-Hib	Hexavalente Acelular	1	19
DTP	Hib Liofilizada	1	2,6500
DTP Hepatitis B Hib (Pentavalente)	Líquida	1	2,1000
Hepatitis A	Pediátrica	1	8,4028
	Adulta	1	1,000
Hepatitis B (Recombinante)	Adulta	10	0,25
	Adulta	1	0,326
	Pediátrica	1	0,2240
Hib	Liofilizada	1	2,0500
Virus del papiloma humano (VPH)	Bivalente	1	8,5000
Polio inactivada (IPV)		1	2,8000
		5	1,9000
Influenza Estacional Trivalente Hemisferio Sur 2016	Adulta	1	3,9000
	Adulta Origen coreano	10	2,8000
	Pediátrica Origen coreano	10	1,4000
	Adulta Origen francés	20	3,9500
	Pediátrica Origen francés	20	1,9750
Antisarampión/rubéola		1	2,2500
		10	0,6060
Antisarampión/rubéola/parotiditis (cepa Jeryl-Lynn)		1	6,000

Vacuna		Dosis por frasco	Costo promedio por dosis
Antisarampión/rubéola/parotiditis (cepa Zagreb)		1	2,3700
		5	1,1460
Meningococo ACYW135 Conjugada		1	26,000
Polio oral bivalente (bOPV)		10	0,14
		20	0,1250
Neumococo no conjugado	Adulta 23-valente	1	7,6200
		5	7,4500
Vacuna antirábica humana (celulas Vero)		1	11,6500
Rotavirus, Líquida	Esquema de vacunación de 2 dosis	1	6,5000
Td	Adulta	10	0,1103
Tdap Triple Acelular	Adolescente/Adulta	1	10,9278
Fiebre Tifoidea (polisacárida)		20	8,9000
Varicela		1	14,8502
Fiebre amarilla		10	1,1132

### Lista de Precios Vacunas 2016 Enmienda 1

Se les facturará a los Estados Miembros de acuerdo a los precios que aparecen en el sitio de red arriba indicado, al menos haya sido acordado de otra manera con los países. Las facturas que emite la OPS incluirán el costo de la vacuna, el cargo de 4.25% por servicio (aplicable solamente al costo del producto biológico) y cargos reales por empaque, flete y seguro.

Se sugiere a los Representantes de la OPS/OMS emitir facturas proforma en base a los precios promedio "FCA" (indicados en la lista de precios). Para estimar los costos de empaque, flete y seguro calcule un 15% del valor neto de los productos biológicos. Esto se debe en parte al origen del producto. Los costos reales de flete y seguro podrían variar y se reflejarán en las facturas OPS, las cuales serán procesadas aproximadamente 30 días después de que la orden ha sido entregada. El tiempo de entrega es aproximadamente 60 días después de que la requisición ha sido recibida por el Departamento de Gestión de Compras y Suministros.

Se sugiere continuar trabajando estrechamente con el Fondo Rotatorio en la actualización trimestral de los requerimientos de vacunas de los Estados Miembros. La precisión y confiabilidad de esta información es crítica en el trabajo de coordinación realizado por parte de la OPS con los proveedores a fin de asegurar la oportuna fabricación y disponibilidad de los productos. ■

Tabla 2. Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2016-2017 (precios en dólares americanos)

JERINGAS DESECHABLES, PLÁSTICAS CON AGUJA		
TAMAÑO	EMPAQUADO POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
1cc 22G x 1 1/2"	3600	\$0,0320
	2000	\$0,0318
	3000	\$0,0241
	1400	\$0,0293
1cc 23G x 1"	3600	\$0,0315
	2000	\$0,0318
	3200	\$0,0219
	1400	\$0,0293
1cc 25G x 5/8"	3600	\$0,0320
	1400	\$0,0293
	3200	\$0,0219
1cc 26G x 3/8"	1400	\$0,0293
3cc 23G x 1"	1000	\$0,0398
5cc 22G x 1 1/2"***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0259

JERINGAS AUTODESACTIVABLES, PLÁSTICAS CON AGUJA		
TAMAÑO	EMPAQUADO POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
0.5cc 22G x 1 1/2"	3000	\$0,0660
0.5cc 23G x 1"	3000	\$0,0395
	1400	\$0,0340
0.5cc 25G x 5/8"	1400	\$0,0390
	3000	\$0,0510
0.5cc 26G x 3/8"	1400	\$0,0420
	3000	\$0,0710***
		1400

\* Precio FCA (Free Carrier) para cada jeringa.

\*\* Se usan distintos proveedores cuando el tamaño de las jeringas y el empaque por caja son iguales, pero tienen precios distintos.

\*\*\*El precio aún no está disponible para el 2017.

### 2016-2017 Precios Jeringas Enmienda 1

Se les facturará a los Estados Miembros de acuerdo a los precios que aparecen en el sitio de red arriba indicado. Las facturas que emite la OPS incluirán el costo de las jeringas, el cargo de 4.25% por servicio (aplicable solamente al costo de las jeringas) y cargos reales por empaque, flete y seguro.

Se sugiere a los Representantes de la OPS/OMS emitir facturas proforma en base a los precios "FCA" indicados. Para estimar los costos de empaque, flete y seguro calcule un 25% del valor neto de las jeringas para envíos marítimos y 110% para envíos aéreos. Esto se debe en parte al origen del producto, el peso, y el método de envío – aire o mar. Los costos reales de flete y seguro podrían variar y se reflejarán en las facturas OPS, las cuales serán procesadas aproximadamente 30 días después de que la orden ha sido entregada. El tiempo de entrega es aproximadamente 70 días por aire y 120 días por mar después de que la requisición ha sido recibida por el Departamento de Gestión de Compras y Suministros.

Se sugiere continuar trabajando estrechamente con el Fondo Rotatorio en la actualización trimestral de los requerimientos de jeringas de los Estados Miembros. La precisión y confiabilidad de esta información es crítica en el trabajo de coordinación realizado por parte del Departamento de Gestión de Compras y Suministros con los proveedores a fin de asegurar la fabricación y disponibilidad de las jeringas.

**Fuente:** Para obtener precios de vacunas actualizados, por favor visite: [www.paho.org/fondorotatorio](http://www.paho.org/fondorotatorio) (seleccione "Precios de vacunas, 2016" - bajo la columna "Documentos relacionados del Fondo Rotatorio").

Empezando en el 2015, el Boletín de Inmunización se publicará cuatro veces al año, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización Integral de la Familia 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.

“Treinta años del *Boletín de Inmunización*: la historia del PAI en las Américas”, un compendio electrónico del *Boletín*, ya se encuentra disponible a través de: [www.paho.org/inb](http://www.paho.org/inb).

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 XXXVII, Número 1 • Marzo del 2016

**Editora: Hannah Kurtis**

**Editores asociados: Cuauhtémoc Ruiz Matus y Octavia Silva**

©Organización Panamericana de la Salud, 2016.  
Todos los derechos reservados.

## Unidad de Inmunización Integral de la Familia

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



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

## COLUMNA: Lo que he aprendido...

**Por Irene Leal Sánchez, asesora de inmunización, jubilada de la OPS/OMS (oficinas de Guatemala, Ecuador y la República Dominicana) y ex encargada del PAI de Chile**

### Programa vertical: ¿mito o realidad?

En 39 años de gestión pública tengo muchas lecciones aprendidas que compartir, gratitud por muchísimas personas, incluyendo mi familia, regocijo por haber sido un pequeño instrumento de la eliminación de la polio, el sarampión y la rubéola, por compartir culturas e idiomas, por contribuir a llevar la vacuna donde la pobreza aún es un drama en nuestra Región, entre otros momentos.

Un hecho relevante en estas 4 décadas fue la implementación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), su evolución y por ende el efecto de las reformas del sector de la salud en los países de las Américas, propicio para que en el tiempo se introdujeran en el consciente colectivo algunos mitos, entre ellos, que el PAI es un “programa vertical”. Lo he escuchado, con pesar, de salubristas de prestigiosas instituciones especializadas. Este mito surgió de una base real, pero ocurrió hace ya décadas en la Región.

A fines de los 70 se introdujeron 2 bases estructurales del PAI: la cadena de frío y la gerencia con todos sus componentes y niveles. Esto exigió constituir una red, con una gerencia sólida, que planificara y monitoreara el proceso. El rol de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue vital para el monitoreo y capacitación. Las reuniones de evaluación del PAI nacionales fueron fundamentales para incentivar a los equipos

gerenciales en donde cada uno enseñaba sus avances y lecciones aprendidas que permitían ir corrigiendo y enmendando las estrategias; el mismo modelo se aplicó entre países, favoreciendo además la cooperación bilateral. Entonces, ¿de donde surgió lo vertical para el PAI?

Paralelamente la poliomielitis, el sarampión, la difteria y el tétanos, entre otras, azotaban a la Región, entonces los países solicitaron a la OPS un plan, la movilización de recursos y su liderazgo para apoyar a los países en el control y eliminación de estas enfermedades. La OPS hizo abogacía con agencias y socios internacionales y movilizó gran cantidad de recursos. En los países administraron estos recursos externos contratando administradores, epidemiólogos, vacunadores, transporte, equipamiento y en muchos casos, adquiriendo también la vacuna. En algunos se contrató personal de manejo centralizado que se desplazaba a las localidades para vigilar casos, supervisar o acompañar las acciones de vacunación. Se rendía cuentas directamente a la estructura administrativa del proyecto, así es que efectivamente era vertical aunque estaba inserta en las estructuras funcionales del sector oficial. Esto ocurrió porque los Ministerios de Salud de la época no tenían las fortalezas para asumir una respu-



Crédito: Irene Leal Sánchez.

esta efectiva, pero el compromiso de los gobiernos fue ir asumiendo progresivamente los costos de las intervenciones.

A la fecha, los países de la Región financian completamente las vacunas e insumos de vacunación. Desde hace casi dos décadas los responsables nacionales del PAI no administran recursos humanos centralizados. Ellos cuentan con un presupuesto nacional integrado al sistema nacional y las acciones son administradas bajo una gerencia integrada de atención a las personas en cada nivel. Por lo tanto, los ideólogos de las reformas deben dejar el señalamiento de “programa vertical” porque está obsoleto y más bien integrarse a la discusión que debe responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es la estrategia para seguir teniendo éxito en estas nuevas estructuras organizacionales?, ¿cómo aseguramos el derecho a la protección de la infancia, de manera oportuna y con calidad, como lo establecen todas las constituciones de los países?, ¿cómo se sostiene con este modelo de gestión, una actividad preventiva tan costoelectiva y seguir siendo la Región líder en el mundo con las coberturas más altas de vacunación? ■

**“Lo que he aprendido...” es una nueva columna escrita en primera persona que se publicará en el Boletín de Inmunización. El objetivo es que esta columna sirva de espacio para que los profesionales de inmunización de todo el continente americano puedan compartir sus experiencias y enseñanzas únicas. Quienes estén interesados en escribir una columna pueden ponerse en contacto con Hannah Kurtis a la dirección [kurtisha@paho.org](mailto:kurtisha@paho.org).**