



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Inmunización
Área de Salud Familiar y Comunitaria



TERCERA SEMANA ANUAL DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS

(SVA 2005)

INFORME FINAL



del 24 al 30 de abril de 2005

Antecedentes

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) es una iniciativa que propusieron originalmente los ministros de salud de la Región Andina con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los principios fundamentales que la respaldan son la equidad, el acceso y el panamericanismo. Asimismo, tiene como objetivo fortalecer el programa regular de vacunación en los países mediante la detección de los grupos de población sin acceso a la vacunación que tienen el riesgo más alto de contraer enfermedades prevenibles mediante vacunación. La SVA es un instrumento valioso que pueden usar los países para prevenir la morbilidad y la mortalidad, obteniendo simultáneamente el apoyo político para la eliminación de las enfermedades. La inmunización es un bien público regional que facilitará el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

En 2003, 19 países se unieron durante la primera SVA. Se vacunó a más de 16 millones de menores de 5 años y mujeres en edad fértil (MEF). En 2004, 23 países participaron en las actividades de vacunación y otros en las campañas de sensibilización. Se vacunó aproximadamente a 44 millones de personas. La SVA contribuyó a la reducción de inequidades mediante la vacunación de niños y MEF que no habían recibido acceso a la vacunación. Cinco presidentes participaron en el lanzamiento de la campaña, dando una alta visibilidad y apoyo extraordinarios a la SVA.

La planificación para la tercera SVA comenzó durante la reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (TAG), que se celebró en la ciudad de México, en noviembre de 2004. Los gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Región aprovecharon esta oportunidad para redactar los planes nacionales de acción, en los cuales se fijan objetivos y se establecen estrategias para combatir enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, la difteria, el tétanos, la fiebre amarilla y la influenza (cuadro 1).

Cuadro 1. SVA 2005: metas por subregión y población destinataria

Subregión	Población destinataria								Total
	<1 año	1-4 años	<5 años	>5 años	MEF*	Otros adultos	>60 años	Otros en riesgo **	
Región andina	558.365	463.777	348.141		26.000			1.048.144	2.444.427
Brasil							15.581.260	17.471	15.598.731
Centroamérica, Caribe latino	221.081	457.209	2.887.808	193.846	550.160			17.500	4.327.604
Caribe de habla inglesa	20.459	74.412	57.956		489.512	491.004			1.133.343
México			10.516.424		849.862				11.366.286
Cono Sur			2.741.894			3.577.800			6.319.694
TOTAL	799.905	995.398	16.552.223	193.846	1.915.534	4.068.804	15.581.260	1.083.115	41.190.085

* Mujeres en edad fértil.

** Abarca poblaciones indígenas.

Durante la reunión de planificación, se definieron los principales objetivos y prioridades para focalizar las actividades durante la SVA de 2005 (cuadro 2).

Cuadro 2. SVA 2005: objetivos y prioridades

Objetivos	Prioridades
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunar a los niños <5 años y a las mujeres de edad fértil con esquemas incompletos o 0 dosis. • Vacunar a otros grupos, como los adultos y las personas >60 años. • Mantener la Región libre de poliomielitis y sarampión. • Apoyar la ejecución de los planes para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. • Fortalecer la vigilancia epidemiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los municipios con bajas coberturas. • Las zonas limítrofes urbanas, en particular, las que tienen vecindarios periurbanos pobres. • Las zonas fronterizas con un alto grado de migración. • Los grupos indígenas. • Las minorías étnicas. • Las zonas remotas. • Otras poblaciones, basadas en las prioridades de cada país.

SVA 2005: del 24 al 30 de abril

La SVA se lanzó a nivel regional en Washington, D.C., el 25 de abril de 2005. Se contó con la presencia de los representantes de países como México, Estados Unidos y Canadá. También participaron varios organismos, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de los Estados Americanos (OEA), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Agencia de Salud Pública de Canadá, el Instituto de Vacunas Sabin, los Institutos Nacionales de Salud, la Universidad Johns Hopkins, el Programa de Vacuna contra Rotavirus de PATH, y March of Dimes. Los oradores fueron la Dra. Mirta Roses, Directora de la OPS; el Dr. Richard H. Carmona, Cirujano General de los Estados Unidos; el Dr. Paul Gully, Oficial Principal Adjunto de Salud Pública de la Agencia de Salud Pública de Canadá; el Dr. Roberto Tapia Conyer, Subsecretario de Salud de México; y el Dr. Jon K. Andrus, Jefe de la Unidad de Inmunización de la OPS. En sus comentarios, recalcaron la importancia y el carácter oportuno del efecto de la SVA en las actividades para que los niños, las mujeres y los hombres se conserven sanos, y la Región siga libre de enfermedades mortales, pero prevenibles por vacunación. También se invitó al acto a corresponsales de la prensa nacional e internacional.

En toda América, los países lanzaron sus propias campañas en actos oficiales en los que contaron con la presencia de líderes nacionales y locales, ministros de salud, primeras damas y representantes de las instituciones internacionales. Los Presidentes de Bolivia, Nicaragua y Paraguay, y las Primeras Damas de Colombia y la República Dominicana asistieron a eventos de lanzamiento nacionales y locales. Adicionalmente, en el proceso de fortalecimiento de las actividades fronterizas, Paraguay colocó puestos de vacunación en su frontera con Brasil y Argentina. Haití y la República Dominicana concentraron el lanzamiento de sus campañas en las provincias fronterizas. En el cuadro 3 figuran otros actos de lanzamiento.

Cuadro 3. Algunos actos para el lanzamiento de la SVA 2005

Actos fronterizos	Actos nacionales y locales
Colombia-Venezuela	Municipio de Sumpango, Guatemala
Bolivia-Perú	Comunidad Uitvlugt, Suriname
Brasil-Colombia-Perú	Saint John, Antigua
Nicaragua - Honduras	Asunción, Paraguay – Palacio Presidencial
Paraguay - Brasil	Pueblo Nuevo, Panamá
República Dominicana-Haití	Usme, Bogotá, Colombia
Estados Unidos-México	Santa Cruz, Bolivia
Colombia-Ecuador	

En la frontera entre Estados Unidos y México, una gran campaña de sensibilización se dirigió a los profesionales de la salud y las comunidades en cuatro estados fronterizos: Texas, California, Nuevo México y Arizona. Se organizaron reuniones y talleres sobre los beneficios de la vacunación y la importancia para los niños de tener actualizados sus calendarios de vacunación. La SVA se prestó para comenzar un proyecto binacional que incluye dos rondas adicionales de vacunación (en agosto y octubre) con el fin de promover la finalización de esquemas. Este esfuerzo binacional se programó para que coincidiera con la Semana Nacional de la Vacunación Infantil de los Estados Unidos y unas pocas semanas antes de la Semana Nacional de Salud de México.

Las alianzas estratégicas fueron un elemento esencial para la organización y realización de la SVA 2005. La OPS, los CDC, UNICEF, Head Start, los gobiernos de los países, la Red de Municipios de Latinoamérica y otros organismos regionales, nacionales y locales unieron sus esfuerzos para alcanzar las metas de los países y lograr una mayor visibilidad del programa de inmunización en la región.

Resultados de la SVA 2005

Se pidió a los países que evaluaran los resultados de la SVA usando los indicadores previamente definidos, con la libertad de elegir los indicadores que se ajustaran mejor a sus propias campañas. Estos indicadores eran:

- el cumplimiento de metas y objetivos (cuadro 1);
- el porcentaje de niños de 1 a 4 años que recibieron la primera, segunda, o tercera dosis de DPT/pentavalente (para medir 0 dosis o el cumplimiento de esquemas durante la SVA);
- el porcentaje de MEF vacunadas con la Td por primera vez en los municipios en riesgo;
- el porcentaje de monitoreo rápido de la cobertura (MRC) de menos de 95% para la vacuna contra el sarampión y rubéola (SR);
- el porcentaje de municipios con planes de seguimiento para completar los esquemas de vacunación después de la SVA;

- el número de casos sospechosos de sarampión/rubéola y parálisis flácida aguda (PFA) bajo investigación que se detectaron durante la búsqueda activa comunitaria y eran conocidos por el sistema; y
- el porcentaje de madres que se enteraron de las actividades de vacunación en sus comunidades.

Durante la SVA 2005, se vacunó a más de 38 millones de niños, MEF, adultos mayores y otros grupos en riesgo (cuadro 4), o 92,7% de la meta inicial (cuadro 1).

Cuadro 4. SVA 2005: número de vacunados por país y grupo de edad

País	0-12 meses ^a	1-4 años ^b	<5 años ^c	>5 años ^d	TOTAL NIÑOS	MEF§ ^e	>60 años ^f	Adultos ^g	Indígenas ^h	Otros grupos en riesgo ⁱ	TOTAL
Argentina			1.963.718		1.963.718					528.862	2.492.580
Bahamas			1.054		1.054						1.054
Belice		8.637		786	9.423						9.423
Bolivia	86.889	66.314			153.203	222.475				380.258	755.936
Brasil							13.076.742		9.767		13.086.509
Canadá **											
Colombia	240.527	102.452			342.979	372.103					715.082
Costa Rica			12.123	4.300	16.423						16.423
Cuba	126.709	274.986		139.900	541.595						541.595
Ecuador		22.004		109.473	131.477					173.735	305.212
El Salvador			32.737		32.737	27.280	9.087				69.104
Estados Unidos *											
Guatemala	244.967	163.817			408.784	113.818		14.024			536.626
Haití			43.809		43.809	38.682					82.491
Honduras	165.222	708.132			873.354	9.949					883.303
México **			10.321.345		10.321.345	834.245					11.155.590
Nicaragua			667.206	43.043	710.249	572.525					1.282.774
Panamá	3.786	12.293			16.079	18.269		27.439			61.787
Paraguay				627.133	627.133			3.095.723			3.722.856
Perú	94.583	88.348			182.931					694.778	877.709
República Dominicana			1.001.166		1.001.166						1.001.166
St. Kitts y Nevis								221			221
Suriname			37.729		37.729						37.729
Trinidad y Tabago			1.817		1.817	1.454				1.419	4.690
Uruguay			9.401		9.401						9.401
Venezuela	146.988	47.543			194.531	26.843			15.989	286.301	523.664
TOTAL	1.109.671	1.494.526	14.092.105	924.635	17.620.937	2.237.643	13.085.829	3.137.407	25.756	2.065.353	38.172.925

* Estados Unidos y Canadá participaron en la SVA mediante campañas de sensibilización sobre la vacunación.

**México participó en la SVA durante su Semana Nacional de Salud, en mayo.

^a Vacunados con pentavalente, OPV, BCG, antisarampionosa.

^b Vacunados con SRP, SR, antiamarílica, OPV, Tetravalente, DPT/Pentavalente.

^c Vacunados con HepB, SR, DPT, pentavalente, Hib, OPV, HepA.

^d Vacunados con SRP, SR, OPV, DPT, DT, antiamarílica.

^e Vacunados con Td/TT.

^f Vacunados contra la influenza.

^g Esquema regular – rubéola en Paraguay.

^h Esquema regular.

ⁱ Vacunados contra la fiebre amarilla.

§ mujer en edad fértil

Fuente: Informes de país.

Información actualizada desde el 25 de agosto de 2005

Cinco países reportaron el número de niños de 1 a 4 años de edad o MEF con 0 dosis de pentavalente o Td, respectivamente, vacunados durante la SVA 2005 (Cuadro 5). En estos países, más de 48.000 niños de 1 a 4 años de edad fueron vacunados por primera vez con pentavalente, y más de 539.000 mujeres fueron vacunadas con primera dosis de Td.

Cuadro 5. La SVA 2005: logro de los indicadores en algunos países

País	MRC*	Niños 1-4 años con 0 dosis de vacuna pentavalente	MEF** con 0 dosis de Td	Búsqueda activa de sarampión y poliomielitis	% de municipios con planes de completar las series	Sensibilización del público: % de madres conscientes de la SVA
Colombia	58.3-100%		116.864	2 casos sospechosos de sarampión		65% (38% se enteraron por altavoces, 27,3% por radio y 23,2%, por el personal de salud) 73% supieron que era una campaña de vacunación, 15%, la SVA
Estados Unidos						56% de ellas, 84% había oído de la SVA. Escuelas, televisión y radio eran los medios más populares
Guatemala		31.683	52.167			80% en 14 comunidades (informe de viaje). Medios de comunicación eficaces, como altavoces, radio y televisión
Haití		13.458 DPT				
Honduras	48% (0-100%)	516	9.949	1 caso sospechoso de sarampión***		93%
México		2.859	357.301			
Panamá	89,4-100%	258	3.544			
Paraguay	100%****				100%	
TOTAL	48-100%	48.774	539.825	3 casos sospechosos de sarampión	100%	Mediana = 72.5%

* MRC: monitoreo rápido de cobertura

** MEF: mujer en edad fértil

*** Detectado durante la SVA y no notificado al sistema previamente

**** MRC para acreditación de cumplimiento de la meta por municipio

Una mediana de 72,5% de las madres entrevistadas en cuatro países conocían de las actividades de la SVA, lo que indica una cobertura notable con los materiales de comunicación social antes de la campaña. La mayor parte de los países del Caribe se concentraron en informar a la población mediante programas educativos, la radio y entrevistas por televisión, folletos, carteles y otros materiales informativos.

Aparte de las actividades de vacunación, la SVA fue una oportunidad de ofrecer otras intervenciones de salud pública a la población. Algunos países aprovecharon esta oportunidad para ofrecer suplementos de vitamina A, sales de rehidratación oral, medicamentos antiparasitarios y exámenes de la vista para detectar retinoblastoma (cuadro 6).

Cuadro 6. Vitamina A y medicamentos antiparasitarios administrados durante la SVA de 2005 en algunos países

País	Vitamina A				Medicamentos antiparasitarios
	<1 año	1-4 años	MEF*	Total	Total
Bolivia				138.393	
Guatemala	32.957	81.268		114.225	
Honduras	33.243	448.952	9.683	491.878	
México				6.199.274	16.393.510
Nicaragua		786.233		786.233	1.301.639
TOTAL	66.200	1.316.453	9.683	7.730.003	17.695.149

* MEF: mujeres en edad fértil.

Miles de trabajadores —vacunadores, supervisores y personal de salud—en toda la Región participaron para lograr las metas de la SVA (cuadro 7).

Cuadro 7. SVA 2005: movilización de recursos en algunos países

Países	Trabajadores	Puestos de vacunación	Transporte
Bolivia	620 (La Paz y El Alto)	74 (Santa Cruz)	
Brasil	248.000	62.000	27.600
Colombia		12.000	
Guatemala	17.616	5.872	
Haití	>500 vacunadores		
Honduras		10.000	
Panamá	16 supervisores		
Paraguay	20.000		
Perú	24.000	8.000	
República Dominicana	55.000	927	
Trinidad y Tobago	31		

Compromiso político

Por primera vez en su historia, Guatemala introdujo la vacuna pentavalente, y 55.000 niños fueron vacunados contra cinco enfermedades con un solo producto biológico durante la SVA 2005. Paraguay realizó una campaña de vacunación dirigida a más de tres millones de habitantes y apoyada por un decreto presidencial en el que se pide la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. El Salvador trabajó en una ley de vacunación fundamental para conservar la alta prioridad de las vacunas en la plataforma política del país. Bolivia, Ecuador y Nicaragua continuaron priorizando sus

esfuerzos en vacunación, al margen de las condiciones sociales y políticas tensas que afrontaron antes y durante la SVA.

Lecciones Aprendidas

Los países proporcionaron un resumen de las limitaciones que enfrentaron durante la campaña. Por otra parte, se hicieron las recomendaciones que figuran a continuación para mejorar las actividades de la SVA en el futuro, además de fortalecer los programas nacionales de vacunación.

- Los lanzamientos a nivel nacional y local han proporcionado un compromiso político fundamental para la SVA y los programas nacionales de vacunación. Se concede gran importancia a estos actos, y deben convertirse en parte del plan de acción de la SVA en cada país.
- La coordinación de las actividades fronterizas de lanzamiento ha sido un componente esencial en el éxito de la SVA; ha ayudado a establecer relaciones entre los líderes locales y a promover el panamericanismo.
- La SVA fomenta el fortalecimiento de la cooperación interinstitucional con énfasis en el apoyo financiero, los recursos humanos y el material informativo necesarios para la campaña.
- Muchos países enfocaron sus actividades en alcanzar a poblaciones aisladas, lo cual promueve una mayor sensibilización de las autoridades y los trabajadores de salud hacia los grupos que no suelen tener acceso regular a los servicios de salud pública.
- Se necesita mayor apoyo logístico, mayor capital humano y equipo en el campo, como gasolina, víaticos alimentarios para los trabajadores y transporte.
- Los países informaron que se siguen desaprovechando oportunidades para vacunar a los niños.
- La coordinación con otras instituciones de salud debe comprender el intercambio de datos y la corrección de denominadores cuando se calcula los niveles de cobertura administrativa.
- Planes para completar el esquema de vacunación con dos rondas adicionales deben ser desarrollados.
- El personal comunitario, en particular las parteras tradicionales, los trabajadores de salud (tales como los “guardianes de la salud” en Guatemala) y facilitadores, debe continuar su rol protagónico en actividades de vacunación.
- Se debe continuar las actividades educativas para sensibilizar a la comunidad.
- El MRC es esencial para determinar si el sistema está detectando la totalidad de los casos sospechosos de sarampión y rubéola y para completar los esquemas de vacunación. Más países necesitan informar sobre los resultados del MRC y planificar jornadas adicionales para completar esquemas.