



**Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por
Vacunación
XXIII Reunión
Varadero, Cuba del 1°. al 3 de julio del 2015**



Índice

ÍNDICE.....	2
MIEMBROS DEL GRUPO TÉCNICO ASESOR	4
ACRÓNIMOS	6
INTRODUCCIÓN.....	8
PLAN DE ACCIÓN REGIONAL SOBRE INMUNIZACIÓN (RIAP).....	9
RECOMENDACIONES	10
ACTUALIZACIÓN SOBRE LA INICIATIVA MUNDIAL Y REGIONAL PARA LA ERRADICACIÓN DE LA POLIO	12
RECOMENDACIONES	18
MONITOREANDO EL PROGRESO DE LA INMUNIZACIÓN CON EL FORMULARIO CONJUNTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE LA OMS-UNICEF.....	19
<i>MONITOREO DEL FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE PARA LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN EN LAS AMÉRICAS.....</i>	20
<i>TENDENCIAS EN LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS.....</i>	21
RECOMENDACIONES	22
ACTUALIZACIÓN DEL FONDO ROTATORIO DE LA OPS EN EL CONTEXTO GLOBAL.....	24
RECOMENDACIONES	26
ACTUALIZACIÓN SOBRE INMUNIZACIÓN MATERNA.....	27
RECOMENDACIONES	28
ACTUALIZACIÓN SOBRE EL ESTADO DE LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA	29
RECOMENDACIONES	31
ACTUALIZACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH EN LAS AMÉRICAS.....	32
RECOMENDACIONES	33
ACTUALIZACIÓN SOBRE LA VIGILANCIA DE NUEVAS VACUNAS.....	34
RECOMENDACIONES	35
OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN.....	36
RECOMENDACIONES	38
PROGRESO HACIA LA ELIMINACIÓN REGIONAL DEL TÉTANOS NEONATAL	39

RECOMENDACIONES	40
ACTUALIZACIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE LA VACUNA CONTRA EL DENGUE.....	41
RECOMENDACIONES	43
ACTUALIZACIÓN SOBRE LOS COMITÉS NACIONALES TÉCNICOS ASESORES DE INMUNIZACIÓN (NITAG)	44
RECOMENDACIONES	45
ACTUALIZACIÓN SOBRE EL CÓLERA Y LA RESERVA DE LA VACUNA ORAL CONTRA EL CÓLERA.....	47
RECOMENDACIONES	49
IMPACTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL ROTAVIRUS EN LAS AMÉRICAS.....	50
RECOMENDACIONES	50
VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN ZONAS TROPICALES.....	52
RECOMENDACIONES	53
TRANSICIÓN AL USO DE LAS JERINGAS AUTODESACTIVABLES	54
RECOMENDACIONES	56
CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS B EN LAS AMÉRICAS	57
RECOMENDACIONES	58

Miembros del Grupo Técnico Asesor

Dr. J. Peter Figueroa **Presidente del GTA**

Profesor de Salud Pública, Epidemiología e Infección por el VIH/SIDA
Universidad de las Indias Occidentales
Kingston, Jamaica

Dr. Jon K. Andrus

Vicepresidente ejecutivo
Promoción y educación sobre vacunas
Instituto de Vacunas Sabin
Washington, DC, Estados Unidos

Roger Glass

Director
Centro Internacional Fogarty y Director Asociado para la Investigación Internacional, Institutos Nacionales de Salud
Bethesda, MD, Estados Unidos

Dr. Akira Homma

Presidente del Consejo de Políticas y Estrategias
Instituto Bio-Manguinhos
Río de Janeiro, Brasil

Dra. Arlene King

Profesora adjunta
Escuela Dalla Lana de Salud Pública
Universidad de Toronto
Toronto, Ontario, Canadá

Dr. José Ignacio Santos

Profesor
Departamento de Medicina Experimental
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad de México, México

Dra. Anne Schuchat*

Directora

Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Atlanta, GA, Estados Unidos

Dra. Anushua Sinha

Profesora asociada
Escuela de Salud Pública, Universidad de Rutgers
Newark, NJ, Estados Unidos

Dra. Jeanette Vega*

Directora
Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA)
Santiago, Chile

Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus

Jefe de Unidad, Inmunización Integral de la Familia
OPS/OMS
Washington, DC, Estados Unidos

Secretario *ad hoc*

*** Ausente en la reunión del Grupo Técnico Asesor del 2015**

Acrónimos

AD	Jeringas autodesactivables
ALC	América Latina y el Caribe
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
aP	Vacuna acelular contra la tos ferina
BCG	Bacilo de Calmette Guérin – vacuna contra las formas severas de tuberculosis
bOPV	Vacuna bivalente oral contra la poliomielitis
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
CHC	Carcinoma hepatocelular
CIE	Comité Internacional de Expertos (para la documentación y verificación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas)
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
cVDPV	Poliovirus circulante derivado de la vacuna
DPT	Vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos
DPT3	Tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos
ESAVI	Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o la Inmunización
ETMNN	Eliminación del tétanos materno y neonatal
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FR	Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas y suministros de inmunización
GTA	Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, de la OPS
GVAP	Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (por sus siglas en inglés)
Hi	<i>Haemophilus influenzae</i>
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
ICG	Grupo de Coordinación Internacional
IPV	Vacuna inactivada contra la poliomielitis
ISO	Organización Internacional de Normalización (por sus siglas en inglés)
JRF	Formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/UNICEF (por sus siglas en inglés)
MCV1	Primera dosis de la vacuna que contiene el sarampión
NITAG	Comité Nacional Técnico Asesor de Inmunización
NMB	Neumonías y meningitis bacterianas
NNT	Tétanos neonatal
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPV	Vacuna oral contra la poliomielitis
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PCV	Vacuna antineumocócica conjugada
PEES	Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y fase final

Reunión XXIII del GTA
Varadero, Cuba

PFA	Parálisis flácida aguda
RCP	Reacción en cadena de la polimerasa
RIAP	Plan de Acción Regional sobre Inmunización (por sus siglas en inglés)
RVA	Rotavirus del grupo A
RV1	Rotavirus tipo 1
SAGE	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización, de la Organización Mundial de la Salud
Spn	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
SPR	Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola
SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
Tdap	Vacuna acelular con toxoide tetánico contra el tétanos y la tos ferina (para adolescentes y adultos)
Td	Vacuna contra el tétanos y difteria
tOPV	Vacuna trivalente oral contra la poliomielitis
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
V3P	Sistema sobre productos, precios y adquisiciones de vacunas
VAPP	Poliomielitis paralítica asociada con la vacuna, por sus siglas en inglés
VHB	Virus de la Hepatitis B
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VOC	Vacuna oral contra el cólera
VPH	Virus del papiloma humano
VRS	Virus respiratorio sincitial
WASH	Iniciativa sin fines de lucro, no partidista dedicada a ayudar a afrontar el reto mundial sobre el acceso universal al agua potable, al saneamiento y la higiene

Introducción

La XXIII Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se realizó en Varadero, Cuba del 1º al 3 de julio del 2015. El lema de la reunión fue "¡Adiós rubéola! ¡Vamos por más!" escogido para celebrar el gran éxito de la Región al haber logrado la certificación regional de la eliminación de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita del continente. Los objetivos de esta reunión fueron presentar la adaptación Regional del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés), revisar los avances en varias iniciativas de eliminación y control de enfermedades y emitir recomendaciones para abordar los numerosos desafíos que enfrentan los programas nacionales de inmunización de las Américas.

El Dr. Francisco Becerra, subdirector de la OPS, dio la bienvenida a todos y ofreció un breve mensaje introductorio. Posteriormente, presentó al Dr. Peter Figueroa como el nuevo presidente electo del GTA, función que había asumido de manera iterina en la XXII reunión del GTA tras el fallecimiento del Dr. Ciro de Quadros. El Dr. Figueroa fue miembro del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de Salud (OMS) y ha sido un miembro activo del GTA desde 1991. El Dr. Figueroa presidirá el GTA durante los próximos cuatro años.

La XXIII reunión del GTA se distinguió de reuniones pasadas por varias razones. Es la primera reunión regional de su tamaño y magnitud que se ha llevado a cabo en Cuba. En segundo lugar, fue la primera reunión en la que el Dr. Figueroa presidió al GTA de manera oficial, tras su reciente nombramiento. Finalmente, en esta XXIII reunión del GTA fue presentado oficialmente el Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés) al GTA y a todos los Estados Miembros.

El plan ya ha sido aprobado por el Comité Ejecutivo de la OPS y será presentado al Consejo Directivo en septiembre del 2015. El RIAP proporciona una hoja de ruta para los próximos cinco años, siendo la adaptación Regional del GVAP sino también como la Estrategia y Plan de Acción oficial para la Región (2016 – 2020). La introducción del RIAP llega a reforzar los cimientos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y a aportar orientaciones adicionales para responder a los desafíos cada vez mayores que enfrentan los programas en la Región. El RIAP tiene cuatro líneas estratégicas de acción: a) mantener los logros; b) completar la agenda inconclusa para prevenir y controlar enfermedades prevenibles por vacunación; c) enfrentar nuevos desafíos en la introducción de vacunas y evaluar su impacto; y d) fortalecer los servicios de salud para la administración efectiva de las vacunas. Finalmente, el RIAP planea guiar exitosamente a los Estados Miembros de la OPS en la segunda mitad del Decenio de las Vacunas.

Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP)

Desde el inicio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) hace 38 años, los países y territorios de las Américas han avanzado en la protección de su población contra las enfermedades prevenibles por vacunación. La mayoría de los Estados Miembros consideran a la vacunación como un bien público y una prioridad política. Los programas nacionales de inmunización han contribuido significativamente al progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Desde el 2005 hasta el 2013, la cobertura con tercera dosis de la vacuna DPT (DPT3) en la Región, alcanzó, un porcentaje sostenido del 90% o más; sin embargo, en los últimos años la cobertura ha presentado una leve tendencia a la baja. Datos provisionales para el año 2014 muestran que la cobertura regional de DPT3 bajó al 88%¹. La Región se ha mantenido a la vanguardia de la introducción sostenible de nuevas vacunas; hasta la fecha, 24 países y territorios han introducido la vacuna antineumocócica conjugada (PCV), 18 países y territorios han introducido la vacuna antirrotavírica y 22 países y territorios han introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano. En el 2015, se declaró oficialmente la eliminación de la rubéola, del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y, con la excepción de Haití, el tétanos neonatal ya no es un problema de salud pública en la Región.

La labor de los programas nacionales de inmunización es proteger a las personas a lo largo de todo el curso de vida contra enfermedades prevenibles por vacunación, y su éxito se basa en el desempeño adecuado en diversas áreas, actividades y estrategias, incluyendo entre otros el compromiso de los países, la sostenibilidad financiera y un marco legal para la inmunización. Las iniciativas emprendidas por los programas nacionales de inmunización no ocurren de forma aislada; por el contrario, constituyen una parte integral de los sistemas nacionales de salud y trabajan de manera coordinada para el avance progresivo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Entre los futuros retos relacionados a la inmunización que debe enfrentar la Región se encuentran: la certificación de la eliminación de la transmisión endémica del sarampión; incluir al menos una dosis de la vacuna antipoliomielítica inyectable, junto con el cambio del uso de la OPV trivalente a la OPV bivalente, según el *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*; superar el suministro limitado de ciertos productos biológicos; la identificación de mejores estrategias para llegar a las poblaciones vulnerables al nivel local y mejorar la cobertura; y el mejoramiento de la calidad de los datos de inmunización y su uso para la toma de decisiones e intervención estratégica.

Con miras a brindar la orientación estratégica necesaria para afrontar estos retos y alcanzar la excelencia técnica, es fundamental contar con un marco regional más completo para la inmunización. En el transcurso de los últimos ocho años (2007-2015), la visión y la estrategia regional de inmunización 2007-2015 de la OPS —aprobada por el 50.º Consejo Directivo mediante su resolución CD50.R5— ha sido la hoja de ruta estratégica para los programas nacionales de inmunización de toda la Región.

En el 2010, la comunidad global de la salud empezó a trabajar en el Decenio de las Vacunas, con el propósito de establecer la visión mundial para los programas nacionales de inmunización hasta el año 2020. Este esfuerzo participativo y multidisciplinario culminó en la formulación del *Plan de acción*

¹ Datos provisionales al 26 de junio del 2015.

mundial sobre vacunas 2011-2020 (GVAP por sus siglas en inglés), que luego fue ratificado por la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo del 2012, por medio de su resolución WHA65.17. Como parte de este proceso, se estableció que todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud serían responsables de adaptar el GVAP para ajustarlo a sus propios contextos específicos.

En octubre del 2012, se presentaron los contenidos del GVAP al GTA y se reafirmó que la Región avanzaría en la adaptación de las metas y estrategias mundiales para ajustarlas a las necesidades de los Estados Miembros de las Américas. Este nuevo Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés) será una prolongación de la visión y la estrategia regional de inmunización, al momento de su caducidad en el 2015. Durante la XXI reunión del GTA efectuada en julio del 2013, se hizo una presentación acerca del marco del GVAP para el monitoreo, evaluación y rendición de cuentas en todos los niveles de ejecución, incluyendo los niveles mundial, regional y nacional.

La Oficina Sanitaria Panamericana elaboró una propuesta del RIAP que se presentó y fue aprobada durante la 156.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS en junio del 2015. El RIAP será presentado en el 54.^o Consejo Directivo que se llevará a cabo en septiembre del 2015 para la consideración de los Estados Miembros. El proyecto es el resultado de un proceso de consulta amplio efectuado durante el último año. Las estrategias, los objetivos y el marco de monitoreo propuestos se formularon teniendo en cuenta el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, así como otros planes de acción a nivel regional y mundial, entre otros el de erradicación de la poliomielitis y fase final. Los gerentes del PAI, los puntos focales de inmunización de la OPS y otros asociados clave han aportado sugerencias y observaciones para alinear el documento con los retos actuales que deben afrontarse al nivel nacional a fin de lograr avances en el programa de inmunización.

Mediante las cuatro áreas estratégicas de trabajo del RIAP se proporciona a los Estados Miembros la justificación, los principios rectores, los objetivos, los marcos de seguimiento y evaluación para que los programas nacionales de inmunización de la Región puedan alinearse con éxito con el GVAP y ejecutar estrategias destinadas a que todos los habitantes de las Américas se beneficien de la vacunación, independientemente del lugar donde nacen, de quienes son o de donde viven, hasta el 2020 y más allá. El RIAP también alienta a los países a que asuman un papel más activo para lograr la cobertura universal de salud y aborden las inequidades y los determinantes sociales de la salud y así como garantizar la protección de todas las personas contra las enfermedades prevenibles por vacunación.

Recomendaciones:

- El GTA felicita a los países por los importantes logros y ganancias en salud obtenidos por sus programas de inmunización, en particular la certificación de ser la primera Región en eliminar a la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.
- Al mismo tiempo, el GTA observa con gran preocupación la reducción en la cobertura de DPT3, Polio3 y MCV1 en las Américas al nivel nacional, subnacional y municipal en años recientes. Por lo tanto, el GTA le pide a los países y a la OPS a fortalecer el compromiso con la cobertura de inmunización, basada en los principios de equidad y solidaridad, en el contexto de aportar al avance progresivo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- El GTA respalda al RIAP como el marco regional para alcanzar la visión de los programas de inmunización comprensivos e integrados en los países de las Américas.

- El GTA insta a los Estados Miembros y a la OPS que mantengan los logros en la salud, a prevenir la reintroducción de enfermedades controladas o eliminadas e implementar el RIAP exitosamente.
- El GTA recomienda que los beneficios en salud, los beneficios económicos y la costo-efectividad de la inmunización en las Américas sean documentados claramente, para que los que hacen las políticas puedan apreciar de manera íntegra la información y así exponer los argumentos de invertir en programas nacionales de inmunización y como estos beneficios están conectados al cumplimiento de los objetivos del GVAP.
- El GTA insta a la OPS que desarrolle una estrategia comunicacional para mejorar la educación de las personas de todos los sectores de la sociedad en las Américas con respecto al valor de la inmunización, para promover la demanda de la vacunación y el reconocimiento de la vacunación como responsabilidad social, y las consecuencias de no mantener cobertura alta de vacunación.
- El GTA insta a los países que identifiquen las poblaciones no vacunadas y que las aborden a través de la priorización de los más susceptibles, incluyendo a las poblaciones viviendo en áreas fronterizas/lejanas/periurbanas que pertenezcan a grupos sociales especiales (por ejemplo, comunidades indígenas) para poder disminuir inequidades en la salud.
- El GTA insta a los Estados Miembros que analicen sus propios datos de inmunización a nivel nacional, regional y local para generar estrategias que refuercen los programas de inmunización rutinarios y para el monitoreo de la implementación del RIAP/GVAP.
- El GTA insta a la OPS que identifique las maneras en que puede proporcionar asistencia técnica y movilizar recursos adicionales para apoyar los esfuerzos de los países en la implementación del RIAP/GVAP, con un énfasis en mejorar la cobertura del nivel local al nivel nacional e introducir nuevas vacunas, donde la evidencia así lo indique. El GTA insta a los Estados Miembros que aseguren recursos adecuados para reforzar los cimientos de los programas nacionales de inmunización.

Actualización sobre la iniciativa mundial y regional para la erradicación de la polio

En mayo del 2012, la 65ª. Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución histórica en la cual declaraba la erradicación definitiva de los poliovirus como “una emergencia programática de alcance mundial para la salud pública.” Como respuesta, el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó el Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final, 2013-2018 que suministra un enfoque detallado y establece un cronograma concreto para la erradicación final de la poliomiélitis.

Se han logrado progresos considerables a escala mundial y regional en el cumplimiento de los cuatro objetivos estratégicos principales: 1) detectar e interrumpir toda transmisión de poliovirus; 2) fortalecer los sistemas de inmunización, introducir la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV) y retirar la vacuna oral contra la poliomiélitis (OPV); 3) certificar la erradicación y el confinamiento de todos los poliovirus; y 4) garantizar que el legado de la erradicación de la poliomiélitis contribuya al logro de otras metas de salud pública a largo plazo.

Progresos alcanzados a escala mundial en el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final

En el 2014, se notificaron 359 casos de poliomiélitis parálitica causados por el poliovirus salvaje y el 95% de ellos ocurrieron en los tres países donde la enfermedad todavía es endémica: Pakistán, Afganistán y Nigeria. El Pakistán notificó 85% del total de casos confirmados. Diecinueve casos se presentaron en seis países anteriormente libres de poliomiélitis. Nigeria no ha notificado ningún caso de poliovirus salvaje desde el 24 de julio del 2014.

La Región de Asia Sudoriental, que incluye la India, se certificó como una Región libre de poliomiélitis el 27 de marzo del 2014. Con este logro, ahora 80% de la población mundial vive en Regiones libres de la enfermedad. Sin embargo, la detección continua del cVDPV tipo 2 en muestras ambientales de Nigeria y Pakistán es preocupante, así como el caso reciente de polio causado por cVDPV tipo 2 en Nigeria, con inicio el 16 de mayo del 2015.

El último caso de poliovirus salvaje de tipo 3 se notificó en Nigeria en noviembre del 2012. Desde entonces, el poliovirus salvaje de tipo 1 ha causado todos los casos de poliomiélitis reportados en el mundo.

En los países endémicos, se observó un marcado progreso hacia la erradicación de la poliomiélitis en el 2015, pues cada vez más niños están plenamente protegidos contra la parálisis permanente causada por el poliovirus, y se notifica a su vez, un número decreciente de casos de polio por poliovirus salvaje a escala mundial. Sin embargo, los niveles de cobertura todavía no son óptimos, sobre todo en las zonas inseguras y políticamente inestables. Mientras persista la enfermedad en algún lugar, los niños en todas partes del mundo corren el riesgo de contraerla.

El 5 de mayo del 2014, la Directora General de la OMS declaró que la propagación internacional de poliovirus salvajes constituía una emergencia de salud pública de alcance mundial y formuló recomendaciones temporales con medidas encaminadas a disminuir este riesgo, tales como manejar el evento como una emergencia nacional de salud pública y vacunar a los viajeros provenientes de los países afectados. Las recomendaciones temporales se prolongaron en agosto del 2014, noviembre del

2014, febrero del 2015 y abril del 2015. Actualmente, el Pakistán es el único país que exporta el poliovirus, lo cual representa un progreso considerable desde el 2014.

A fin de cumplir con las directrices del Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final, todos los países del mundo tendrán que introducir al menos una dosis de IPV en su programa de vacunación rutinario hacia fines del 2015, como preparación al cambio de la vacuna tOPV a la bOPV. En la actualidad, todos los países se han comprometido con esta meta, la introducción está en curso y ya se han completado cerca del 20% de las introducciones programadas. El suministro limitado de IPV será el principal desafío para el cumplimiento de esta meta.

El switch o cambio de la vacuna oral trivalente contra la polio (tOPV), que contiene poliovirus vacunal de tipos 1, 2 y 3, por la vacuna oral bivalente (bOPV), que contiene poliovirus vacunal de tipos 1 y 3, se ha programado tentativamente en abril del 2016 durante un periodo de dos semanas, a ser definido por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS (SAGE) en octubre del 2015. El grupo de expertos recomendó la retirada del poliovirus tipo 2 de la vacuna oral porque este poliovirus no ha sido detectado desde 1999 y en la actualidad, la tOPV genera más riesgos que los beneficios que aporta y debilita la erradicación mundial de la poliomiélitis. Alrededor del 90% de los casos de poliomiélitis causados por el poliovirus circulante derivado de la vacuna y un tercio de todos los casos de poliomiélitis parálitica asociada con la vacuna (VAPP) son causados por poliovirus tipo 2.

Hasta el 1.º de mayo del 2015, de los 194 Estados Miembros de la OMS, 87 (45%) usaban ya la IPV en sus esquemas de vacunación rutinarios, 103 (54%) se habían comprometido formalmente a introducirla en el año 2015 y cuatro países (2%) habían comunicado informalmente sus planes de introducción de la IPV en el 2015.

Todos los 156 países y territorios del mundo que usan actualmente la tOPV deben estar preparando sus planes nacionales para el switch en conformidad con las directrices de la OMS. Un plan preliminar debe estar listo a fines de julio y se debe terminar en septiembre del 2015.

La OMS elaboró un plan de acción mundial para reducir al mínimo el riesgo de aparición del poliovirus después de la erradicación de la poliomiélitis, el cual incluye la contención de todos los poliovirus, ya sean salvajes, derivados de la vacuna o poliovirus Sabin. Este plan de contención es secuencial y empezará con la contención del poliovirus salvaje tipo 2 hasta diciembre del 2015, seguido del poliovirus Sabin tipo 2 a más tardar al final de julio del 2016. La contención definitiva de todos los poliovirus salvajes está planificada para ocurrir en el 2019, antes de la retirada de la vacuna bOPV. Después de la interrupción de la bOPV, se confinarán los poliovirus Sabin de tipo 1 y 3.

Los países están elaborando un plan que permita utilizar las inversiones realizadas durante la erradicación de la poliomiélitis en beneficio de otros objetivos de desarrollo al largo plazo. Es primordial planificar de manera cuidadosa una transición que garantice que las lecciones aprendidas durante la erradicación de la poliomiélitis, además de los bienes adquiridos y las infraestructuras construidas durante la iniciativa, se orienten de manera responsable hacia el cumplimiento de otros objetivos de desarrollo y favorezcan las prioridades mundiales de la salud.

Progresos alcanzados a escala regional en la implementación de los objetivos del Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final

La Región de las Américas notificó el último caso de poliomielitis en 1991 y fue certificada como una Región libre de poliomielitis en 1994. En los 20 últimos años desde la certificación de la erradicación, se ha presentado en la Región un único brote de poliovirus circulante derivado de la vacuna, el cual ocurrió en Haití y República Dominicana entre el 2000 y el 2001.

Con el propósito de mantener la erradicación de la poliomielitis, los países deben continuar la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) en los niños menores de 15 años por que la vigilancia de PFA es considerada el estándar de oro en la vigilancia de la poliomielitis. Además, los países deben implementar estrategias destinadas a alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación contra esta enfermedad. Sin embargo, la Región de las Américas no está cumpliendo con todos los indicadores de calidad de la vigilancia y la cobertura de vacunación varía entre los países, solo 15 países alcanzan cobertura de por lo menos el 95% y la cobertura regional ha disminuido en los últimos años.

La vigilancia ambiental podría complementar a la vigilancia de PFA en áreas de alto riesgo. La Región de las Américas está considerando la factibilidad y costos de oportunidad de la implementación de vigilancia ambiental en un par de países. Sin embargo, debido a la alta demanda de recursos para implementar esta actividad, un análisis detallado del costo-beneficio debe ser cuidadosamente considerado.

La tasa de notificación de al menos un caso de parálisis flácida aguda por 100 000 niños menores de 15 años se ha alcanzado a cada año desde 1986; el porcentaje de casos en los cuales se obtienen muestras fecales adecuadas en los primeros 14 días después de la aparición de la parálisis, que debe ser como mínimo 80%, ha oscilado entre el 73% y 79% en los últimos diez años; y el porcentaje de casos de parálisis flácida aguda investigados en un plazo de 48 horas después de la notificación, que debe alcanzar al menos el 80%, disminuyó en el 2013 (61%) y ha aumentado nuevamente en el 2014 (75%), aún sin alcanzar la meta recomendada. En el 2014, solo dos países de la Región, México y Nicaragua, han cumplido con estos tres indicadores de calidad de la vigilancia.

La cobertura regional de vacunación contra la poliomielitis, que alcanzó 94% en el 2011, ha disminuido en los tres últimos años, cayendo al 87% en el 2014. En el 2013 y el 2014, la mayoría de los países no alcanzó la cobertura de vacunación contra polio de 95% y en varios países de la Región la cobertura fue inferior al 90%.

A fin de cumplir con las directrices del plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final y como preparación al cambio de la tOPV a la bOPV, los países de la Región introducirán hacia fines del 2015 al menos una dosis de IPV en su programa rutinario de vacunación como parte de un esquema secuencial de vacunación: una dosis IPV seguida de una dosis de OPV. Hasta la fecha, de los 46 países y territorios de las Américas, 15 ya están usando la IPV en sus programas rutinarios de vacunación y 30 han declarado un compromiso oficial de introducir la IPV a fines del 2015. Hasta la fecha, solo Curazao mantiene el plan de introducción de la IPV en enero del 2016.

Tras la retirada del componente tipo 2 de la OPV, existirá un riesgo relativamente más elevado, pero de duración limitada, de aparición de poliovirus circulantes derivados de la vacuna y por este motivo todos los países deben mantener sistemas sensibles de vigilancia, a fin de detectar oportunamente y poner fin a toda circulación de poliovirus.

Los países de la Región recibieron directrices para la elaboración de los planes para el switch y deben haber comenzado a preparar su estrategia dirigida a cumplir con todas las condiciones de un cambio

seguro. Además, como otra etapa importante en la preparación al switch, los países deben implementar un plan de contención de los poliovirus, en conformidad con las directrices que se han adaptado para la Región.

A fin de verificar que se han satisfecho todos los requisitos para una contención segura de los poliovirus y la destrucción definitiva de la tOPV después del switch, los países de la Región deben conformar Comités Nacionales de Certificación, integrados por expertos independientes en diferentes áreas de la salud pública. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) constituyó un nuevo Comité Regional de Certificación, que se reunió por primera vez en junio del 2015.

Plan Regional de Contención de los Poliovirus

La Región de las Américas completó la primera fase de contención de material infeccioso o potencialmente infeccioso de poliovirus en el 2010. La primera fase se condujo en 42 países y territorios en conformidad con las directrices de la OMS y según las orientaciones de la Comisión Regional de América para la Certificación del Confinamiento del Poliovirus en los Laboratorios y la Verificación de la Erradicación de la Poliomiélitis y con el respaldo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

De los 59.898 laboratorios o instituciones supervisadas, se clasificaron 4.673 (7,8%) con un alto riesgo de posesión de poliovirus salvaje, 11.549 (19,3%) con un riesgo medio y 43.676 con bajo riesgo de una reintroducción de poliovirus asociada con el establecimiento a la comunidad libre (72,9%) de polio. Al final, 12 países informaron que poseían material infeccioso o potencialmente infeccioso con poliovirus salvaje; tres de ellos (Colombia, Cuba y Panamá) destruyeron su material y nueve países (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, México y Trinidad) comunicaron la decisión de conservar estos materiales, en espera de las recomendaciones finales de la OMS.

El 29 de diciembre del 2014, se publicó el Plan de Acción Mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a instalaciones de poliovirus después de la erradicación del poliovirus salvaje de tipos específicos y el cese secuencial del uso de la OPV. En la tercera edición del Plan de Acción Mundial se alinea la manipulación segura y el confinamiento de los materiales infecciosos o potencialmente infecciosos con poliovirus al Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final.

El cumplimiento de esta meta exige la introducción de medidas seguras de manipulación y contención de los poliovirus, a fin de reducir al mínimo los riesgos de una reintroducción institucional del virus en la comunidad libre de poliomiélitis.

La estrategia mundial encaminada a reducir al mínimo los riesgos asociados a instalaciones de poliovirus consiste en la eliminación de los riesgos mediante la destrucción de los materiales que contienen poliovirus en todos establecimientos, con la excepción de las instalaciones esenciales certificadas y la gestión de riesgos biológicos en estos establecimientos, con un cumplimiento estricto de las salvaguardas requeridas.

La eliminación del riesgo en los establecimientos que no son certificados como esenciales se alcanza mediante la destrucción o su traslado a las instalaciones esenciales de los materiales que contienen poliovirus salvajes, o poliovirus OPV/Sabin. La destrucción se aplica a todos los materiales

potencialmente contaminados con cualquier tipo de poliovirus, ya sea salvaje, de origen vacunal o poliovirus Sabin y a los materiales en los cuales no se puede descartar la presencia de poliovirus.

En abril del 2015, se convocó la reunión de un pequeño grupo de trabajo en Washington, D.C. con el objeto de revisar y analizar la adaptación del plan de contención para las Américas y se analizaron ampliamente dos temas, a saber: los 24 años sin ningún caso de parálisis flácida aguda causada por poliovirus salvaje y el uso de la OPV en la mayoría de los países.

En correspondencia con la tercera edición del Plan de Acción Mundial, el Plan Regional se está ejecutando en tres fases vinculadas con los hitos nacionales e internacionales de la erradicación de la poliomiélitis.

Fase I: Coordinación de la preparación regional y mundial

La primera fase se continúa hasta que se hayan cumplido los criterios de la preparación mundial a la retirada del componente de tipo 2 de la OPV.

Las actividades primordiales por hacer durante esta fase son:

- Encuestas nacionales de laboratorio y el inventario de los poliovirus (salvajes y vacunales) y los materiales potencialmente infecciosos;
- La destrucción de los materiales innecesarios que contienen poliovirus salvajes, lo cual incluye los poliovirus derivados de la vacuna;
- El traslado de los materiales necesarios que contienen poliovirus salvaje a las instalaciones esenciales para poliovirus;
- La destrucción de los materiales innecesarios que contienen el componente tipo 2 del poliovirus vacunal;
- El traslado de los materiales necesarios que contienen el componente tipo 2 del poliovirus vacunal a las instalaciones esenciales para poliovirus;
- La destrucción de las muestras innecesarias que potencialmente contienen materiales con poliovirus.
- El traslado de las muestras necesarias que pueden potencialmente contener materiales con poliovirus a las instalaciones esenciales;
- La información a los gobiernos, las instituciones y los establecimientos vinculados con la poliomiélitis acerca de la próxima exigencia de contención del poliovirus; y
- El otorgamiento de la certificación a las instalaciones esenciales de poliovirus designadas para la contención.

Fase II: Período de contención del poliovirus de tipo 2

La segunda fase comienza tan pronto como se hayan cumplido los criterios de la preparación mundial de la retirada del componente de tipo 2 de la OPV y continúa hasta la certificación de la erradicación mundial del poliovirus salvaje. El factor que desencadenará la fijación de la fecha definitiva del retiro mundial del componente tipo 2 de la OPV (sustitución de la tOPV por la bOPV) será la ausencia de toda circulación persistente de poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna, como mínimo durante seis meses.

Esta fase consiste de las siguientes dos etapas, que se refieren a la contención de todo poliovirus, ya sea salvaje, derivado de la OPV tipo 2 o poliovirus Sabin tipo 2:

Fase IIa: Contención de todos los poliovirus salvaje

- Todos los poliovirus salvajes son contenidos en las instalaciones esenciales certificadas para poliovirus.
- Todas las muestras que potencialmente contienen materiales con poliovirus salvaje son contenidos en las instalaciones esenciales certificadas.

Fase IIb: Contención de los poliovirus vacunales de tipo 2, OPV2/Sabin2

- Todos los poliovirus vacunales tipo 2, OPV2/Sabin2 son contenidos en las instalaciones esenciales certificadas para poliovirus.
- Todas las muestras que potencialmente contengan materiales de poliovirus vacunal de tipo 2 se encuentran en las instalaciones esenciales certificadas.
- Manipulación segura de las muestras nuevas que potencialmente contengan materiales de poliovirus en los laboratorios no esenciales.

La fase IIb comienza en los primeros tres meses después de la retirada del componente de tipo 2 de la OPV (sustitución de la tOPV por la bOPV).

Fase III: Contención del poliovirus a largo plazo

La tercera fase comienza cuando no se ha detectado transmisión de poliovirus salvajes en el mundo durante tres años e inmediatamente antes de la certificación de la erradicación mundial del poliovirus salvaje.

Fase IIIa: Contención de todos los poliovirus salvajes

- Se han contenido todos los poliovirus salvajes a largo plazo en las instalaciones esenciales certificadas para poliovirus y se han reforzado las medidas preventivas primarias.
- Todas las muestras que pueden contener materiales con poliovirus salvajes se encuentran en las instalaciones esenciales certificadas y se han reforzado las medidas preventivas primarias.

Fase IIIb: Contención de todos los poliovirus OPV/ Sabin

- Todos los poliovirus OPV/Sabin están contenidos a largo plazo en las instalaciones esenciales certificadas.
- Todas las muestras que potencialmente contienen materiales con poliovirus vacunal están contenidas a largo plazo en las instalaciones esenciales certificadas.

La fase IIIb comienza dentro de los tres meses de la cesación de administración de la bOPV (la cesación de la bOPV se planifica un año después de la certificación de la erradicación mundial del poliovirus salvaje).

Resultados de los estudios sobre los esquemas secuenciales con IPV y OPV en las Américas

A partir de la recomendación de la OMS de que todos los países del mundo debían introducir al menos una dosis de IPV en su esquema rutinario de vacunación hacia fines del 2015, como preparación al

switch se llevaron a cabo estudios en América Latina que evaluaron la respuesta inmunitaria a esquemas secuenciales de vacunación con la IPV seguida de la bOPV. Los principales resultados de estos estudios indican lo siguiente:

1. Una dosis de IPV a los dos meses de edad o más tarde induce la seroconversión en 80% de los niños vacunados y un 10% adicional exhibe memoria inmunitaria en el caso de exposición al poliovirus salvaje o vacunal.
2. Dos dosis de IPV inducen la seroconversión en 100% de los niños vacunados.
3. En cuanto a la inmunidad intestinal, dos dosis de IPV disminuyeron el valor máximo y la duración de la excreción de poliovirus, en respuesta a la exposición a la OPV monovalente de tipo 2.
4. El efecto de la bOPV es equivalente al efecto de la tOPV con respecto a la seroconversión frente a los tipos 1 y 3 con protección en más de 95% de los niños después de dos dosis. La bOPV resultó inocua, sin ningún signo de reacciones adversas graves o moderadas supuestamente atribuibles a la vacuna.

Recomendaciones:

- Todos los países deben tener un plan nacional integral para el switch, desarrollado antes de julio del 2015, e introducir por lo menos una dosis de IPV a fines del 2015 para asegurar un switch seguro de la tOPV a la bOPV.
- Los países deben alcanzar y mantener una alta cobertura de vacunación con la IPV que sea superior a 95% en cada distrito o municipio. También deben fortalecer la vigilancia de PFA, con el fin de detectar con prontitud los casos de poliomiелitis causada por cVDPV o poliovirus salvaje. El riesgo de brotes de poliomiелitis causados por cVDPV2, después de haber descontinuado el uso de la tOPV, permanecerá por un tiempo limitado durante el período de transición. Después del switch de la tOPV a la bOPV, los países deberán administrar por lo menos una dosis de IPV seguida por dos dosis de la bOPV para asegurar inmunidad completa.
- Los países que aun no han conformado un Comité Nacional de Certificación deben hacerlo lo antes posible, a fin de cumplir con las exigencias de la Comisión Mundial de Certificación y la Comisión Regional de Certificación.
- Los países deben estar preparados para seguir las recomendaciones del GTA sobre la introducción de una segunda dosis de IPV, cuando el suministro disponible sea suficiente.
- El GTA reafirma que la contención de los poliovirus es necesaria con el fin de proteger los progresos en la erradicación de la poliomiелitis. El GTA respalda el Plan de Acción Regional dirigido a la contención del poliovirus que se armonizó con la tercera edición del Plan de Acción Mundial.
- El GTA invita a todos los países a designar el coordinador nacional para la contención de los poliovirus en laboratorios.
- El GTA estimula a los países a que documenten cuidadosamente el inventario nacional de poliovirus, según las recomendaciones descritas en el plan de contención.
- El GTA reafirma que los países deben definir los establecimientos para la contención de los poliovirus que satisfagan los requisitos de clasificación como instalaciones esenciales certificadas de la tercera edición del Plan de Acción Mundial.

Monitoreando el progreso de la inmunización con el Formulario Conjunto para la Notificación de la OMS-UNICEF

Antecedentes

Todos los años, la OPS/OMS y UNICEF recopilan conjuntamente información sobre la estructura, las políticas, el desempeño y la repercusión de los programas nacionales de inmunización. Desde los años ochenta, la OPS ha recopilado los datos de inmunización por medio de los cuadros del PAI, al principio varias veces al año y luego cada seis meses. Desde hace mucho tiempo, la OMS y UNICEF también recopilaban datos sobre inmunización. Estas organizaciones solicitaban los datos por separado y en diferentes momentos, a pesar de que la información requerida era similar. A partir de 1998, la OMS y el UNICEF fusionaron sus actividades de recopilación y procesamiento de datos por medio de un formulario conjunto para la notificación sobre la inmunización (JRF, por sus siglas en inglés) y, en el 2005, la OPS adaptó los cuadros del PAI para fusionarlos con los del formulario conjunto para la notificación de la OMS/UNICEF. La estructura y el contenido del formulario conjunto para la notificación ahora se definen coordinadamente entre la sede de la OMS, las oficinas regionales (incluyendo la OPS), y UNICEF. Se revisa cada dos años; la última revisión del JRF ocurrió en septiembre del 2014.

El JRF es una herramienta utilizada para un proceso integral de recopilación de datos. El objetivo de este proceso es obtener datos exactos y actualizados sobre el progreso de los programas y difundir información sobre los programas nacionales de inmunización de todos los Estados Miembros de la OMS y UNICEF a todos los interesados directos en las actividades de vacunación. Los datos notificados mediante el JRF constituyen la información oficial de los países y pueden consultarse en internet en: www.paho.org/immunization/data. Esta información también se difunde en por lo menos tres de las publicaciones impresas de la OPS: el *Boletín de Inmunización*, el folleto anual *Inmunización en las Américas* y en los perfiles de los países sobre la inmunización. De igual manera, la OMS y UNICEF utilizan los datos recabados con el JRF para elaborar seis publicaciones anuales, además de artículos e informes distribuidos al nivel mundial.

El proceso de preparar el JRF también ayuda a los países en la estandarización, organización y generación de datos útiles para la gestión de sus propios programas de inmunización, así como para evaluar los progresos logrados. A nivel regional, los datos recopilados mediante el JRF ayudan a que la OPS determine cuáles son los puntos fuertes y los retos enfrentados por sus Estados Miembros. Estos datos también contribuyen a la formulación de estrategias regionales de inmunización, lo que comprende la asignación de prioridades a las áreas de cooperación técnica con los países.

En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el 2012, todos los Estados Miembros de la OMS respaldaron el Plan de acción mundial sobre vacunas y su marco de vigilancia y rendición de cuentas. Durante el 54.º Consejo Directivo de la OPS, a celebrarse en el 2015, se les pedirá a los Estados Miembros que consideren la adopción del Plan de acción sobre inmunización regional, que es la adaptación del GVAP para el contexto de las Américas. El RIAP aportará la hoja de ruta para alcanzar las metas de inmunización a nivel regional. El formulario conjunto para la notificación será la fuente oficial de datos para monitorear la implementación del RIAP y el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos presentados al nivel regional y global.

Aunque el JRF ofrece una estructura y un proceso estandarizado para presentar informes con respecto a los indicadores clave, estos datos solamente son útiles si la notificación al nivel del país se completa, cumpliendo con los estándares de calidad y sometidos de acuerdo con las fechas de entrega al nivel regional y global. Datos sometidos de manera inoportuna y la notificación incompleta genera brechas en datos significantes e información imprecisa, lo que puede retrasar la formulación informada de políticas y el desarrollo de estrategias regionales y globales. En la Región de las Américas, solo 20 países y territorios sometieron sus JRF del 2015 antes de abril, la fecha límite para entrega. Otros 20 países y territorios adicionales completaron el proceso de entrega del JRF en el transcurso de los meses de mayo y junio (hasta el 25 de junio); dos países no sometieron sus informes para este período. Estos retrasos afectan las fechas regionales y globales de entrega para la notificación. Empezando en el 2015, la OPS se ha esforzado para producir informes de país con base en los datos del JRF para darle retroalimentación a los países.

Otros retos relacionados a las inconsistencias de la notificación y a la falta de datos también pueden tener otras repercusiones tales como: retrasos en la publicación de datos oficiales a nivel regional y global, conclusiones incorrectas basadas en los datos y, en general, la propagación de mala información. En el peor de los casos, el análisis de algunos indicadores se hace imposible, debido a la mala calidad y/o la falta de datos. En las secciones que siguen se presentan ejemplos relacionados específicamente con datos de financiamiento de las actividades de vacunación y la cobertura general de vacunación, que ilustran algunas de las dificultades en cuanto a los datos recopilados mediante los JRF.

Monitoreo del financiamiento sostenible para los programas de inmunización en las Américas

Por casi veinte años, los Estados Miembros de la OPS han informado de manera rutinaria acerca de sus gastos en vacunas y suministros de vacunas. Más recientemente, países han notificado acerca del presupuesto operativo y su ejecución para servicios de inmunización, incluyendo costos recurrentes como salarios, el mantenimiento de vehículos y la cadena de frío, actividades de movilización social, para nombrar algunos. Desde hace mucho tiempo, los Estados Miembros han hecho coincidir las categorías de gastos con las categorías de planificación utilizadas para los planes de acción anuales y se basan en los informes de ejecución del presupuesto oficial. Desde el 2006, el JRF ha incluido seis indicadores para los gastos de inmunización.

Cuatro indicadores se expresan en valores absolutos (US\$ o moneda nacional):

- Gasto total para la vacunación rutinaria, incluido el costo de las vacunas
- Gasto público en la vacunación rutinaria, incluido el costo de las vacunas
- Gasto total en las vacunas solamente utilizadas para la vacunación de rutina
- Gasto público en las vacunas solamente utilizadas para la vacunación de rutina

Dos indicadores se expresan en porcentajes (%):

- Porcentaje del gasto para la vacunación de rutina financiado por el gobierno
- Porcentaje del gasto solamente en las vacunas utilizadas para la vacunación rutinaria financiado por el gobierno

El objetivo general de estos indicadores es mostrar en qué medida los países se están acercando a la sostenibilidad financiera y hacia una mayor propiedad por el país, mientras se introducen vacunas nuevas y se aumenta el acceso universal a la vacunación. Aunque los países de la Región de las Américas

y de otras regiones han informado sistemáticamente con respecto a estos seis indicadores, el análisis revela que la definición operativa de los indicadores y la comprensión de su uso ha cambiado con el transcurso de los años; esto da lugar a dificultades en la notificación por los países y también a los niveles regional y mundial cuando se utilizan los datos para monitorear las tendencias. La OMS y la OPS están comprometidas a brindarle apoyo a los países en su comprensión, estimación y utilización de los datos sobre el gasto en la vacunación para llevar a cabo un seguimiento del progreso hacia el financiamiento sostenible. La OPS ha desarrollado orientación para categorizar los gastos en los planes de acción anuales, lo que idealmente facilitaría la manera en que los gastos se notifican. Algunos países también han recibido apoyo de la OPS para estimar los costos de servicios de inmunización, incluyendo los costos compartidos de los sistemas de salud – pero, estos gastos no deben estar incluidos en los indicadores oficiales de gastos del JRF.

El GVAP ha asignado alta prioridad a la propiedad por el país y a la sostenibilidad financiera de los programas de inmunización. En su marco de rendición de cuentas y de monitoreo, “gastos nacionales proyectados por persona vacunada” es uno de los indicadores clave para monitorear el progreso hacia el compromiso del gobierno con los programas nacionales de inmunización. Estos indicadores se están poniendo más estratégicos y cada vez se utilizan más para evaluar y fundamentar la política de inmunización a los niveles mundial, regional y de país. El interés en mejorar la calidad y el carácter integral de los datos fiscales ha crecido desde el 2000 a medida de que los gobiernos en las Américas y de otras regiones han aumentado considerablemente su inversión para ampliar los servicios de inmunización, no solo con respecto a las poblaciones objetivas sino también a las vacunas ofrecidas. Por ejemplo, la proporción de financiamiento total disponible de fuentes gubernamentales ha, en promedio, alcanzado el 90% o más, y en la mayoría de los años ha sobrepasado el 99% en el período comprendido entre el 2009 y el 2013. El aumento en el financiamiento originado en fuentes de ingresos nacionales indica un impulso marcado en la Región hacia la sostenibilidad programática. A pesar del gran incremento absoluto gradual en la necesidad de recursos, los gobiernos han podido financiar sistemáticamente sus programas con fondos nacionales.

Sin embargo, la calidad, la oportunidad y la exactitud de los datos sobre el gasto de la inmunización y las vacunas para la amplia gama de países de la Región son deficientes y varían considerablemente entre los países y según el año de presentación de los informes. Con frecuencia se detectan errores, incongruencias y datos faltantes cuando se compilan y se analizan los datos en las series cronológicas. Hay varias cuestiones que han contribuido a los problemas en la notificación, entre otros la claridad y la comprensión limitadas de los indicadores y las instrucciones; dificultad para tener acceso a datos reales sobre el gasto; y la falta de capacidad, aptitudes e incentivos para recopilar, calcular, validar y notificar los datos correctos. Estas limitaciones obstaculizan los esfuerzos para evaluar el progreso hacia los objetivos sobre el financiamiento sostenible y para tomar decisiones financieras y estratégicas basadas en la evidencia a los niveles mundial, regional y de país.

Tendencias en la cobertura de vacunación en las Américas

Con la aprobación del marco de seguimiento y evaluación del GVAP, la Asamblea Mundial de la Salud estableció una serie de cuatro indicadores de cobertura de vacunación sobre los cuales debe notificarse el progreso anualmente. Estos indicadores se adaptaron para la Región y se incorporaron en el plan de acción sobre inmunización para la Región de las Américas. Sobre la base de los datos preliminares notificados en los JRF recibidos para el 2014 (40 de 42 países y territorios), los resultados regionales para estos indicadores son:

- 1) Número de países que notifican una cobertura nacional promedio de al menos 95% con DPT3 en niños menores de un año de edad.
 - La cobertura preliminar notificada para la Región con DPT3 para el 2014 fue de 88%, en comparación con 90% en el 2013. Al observar las tendencias generales, la cobertura regional notificada con DPT3 ha disminuido en forma sostenida durante los últimos cuatro años. En el 2014, 15 de 40 países y territorios notificaron una cobertura nacional con la vacuna DPT3 superior a 95%; 20 países y territorios informaron sobre una cobertura entre 80% y 94%; y tres notificaron una cobertura de entre 50 y 79%.
- 2) Número de países que notificaron una cobertura con DPT3 en niños menores de un año de edad de al menos 95% en cada distrito o equivalente.
 - Cuando se examinó la equidad en la cobertura a nivel subnacional, 42% de todos los municipios de la Región informaron una cobertura de al menos 95% con DPT3 en el 2014; esta cifra representa una disminución en comparación con el 2013 (46% de todos los municipios).
- 3) Número de países y territorios que tienen una tasa de deserción inferior a 5% entre la primera y la tercera dosis de DPT.
 - En toda la Región, en el 2014 la tasa de deserción con respecto a la vacuna DPT fue mayor de 5% en 22 países. Siete países notificaron tasas negativas de deserción, o haber administrado mas terceras dosis que primeras dosis de DPT.
- 4) Número de países y territorios con una cobertura de al menos 95% para DPT3 mantenida por tres o más años consecutivos.
 - Doce países o territorios notificaron cobertura de por lo menos 95% durante los últimos 3 o mas años (2012-2014); por el contrario, durante los tres últimos años, 23 países y territorios nunca han notificado una cobertura nacional con DPT3 superior a 95%. tres países informaron una disminución en la cobertura con DPT3 superior al 5%, al comparar el 2013 con el 2014.

A pesar de los desafíos asociados con la notificación de los datos de cobertura, la información actualmente disponible (2014) destaca varias tendencias preocupantes relacionadas a la caída de la cobertura de inmunización. En particular, la combinación de la tendencia descendente en la cobertura regional notificada con DPT3, con la disminución en el porcentaje de municipios que notificaron una cobertura de más de 95% es motivo de gran preocupación. En vista de que los virus como el sarampión, la rubéola y la poliomielitis siguen circulando en otras regiones del mundo, la cobertura descendente en las Américas pone en riesgo los logros en materia de inmunización de toda la Región; por lo tanto, es necesaria una acción colectiva para afrontar esta situación.

Recomendaciones:

- La OPS debe trabajar con los Estados Miembros para identificar los obstáculos presentados en el llenado adecuado del JRF, para poder simplificar la notificación y los procesos de recolección de los datos.

- A la vez, el GTA pide a los países que mejoren la calidad, completitud y oportunidad de la notificación del JRF. El JRF es la herramienta oficial para notificar los objetivos globales y regionales de los programas de inmunización en el GVAP y el RIAP.
- El GTA alienta a los países a que revisen rutinariamente la sostenibilidad financiera de sus programas, usando el JRF y otras herramientas de la OPS, como el COSTVAC y la herramienta para monitorear gastos en los Planes de Acción trimestrales.
- La OPS debería desarrollar materiales de capacitación y distribuir orientación específica sobre las fuentes de datos y los métodos necesarios para recolectar los datos usados en el JRF de manera correcta, usando nuevas tecnologías donde aplique.
- La OPS debe expandir la diseminación de los datos del JRF y sistematizar la producción de los perfiles de los países de inmunización.

Actualización del Fondo Rotatorio de la OPS en el contexto global

Una mejor comprensión de los Estados Miembros acerca de los retos de los mercados de las vacunas constituye un elemento importante para facilitar el acceso a cantidades suficientes de vacunas de manera oportuna y a un menor precio. Adicionalmente, el conocimiento de los Estados Miembros acerca de las iniciativas mundiales relacionadas al acceso a las vacunas ayudará a comprender la importancia y reconocer la utilidad y el carácter excepcional del Fondo Rotatorio de la OPS.

Accesibilidad oportuna y suficiente

Los mercados de las vacunas son únicos en su clase y diferente a cualquier otro producto farmacéutico. Las vacunas son más propensas a fallos durante su producción; y por lo tanto, exigen normas más estrictas de fabricación y una supervisión reglamentaria con los costos correspondientes. Los plazos de producción frecuentemente son prolongados y requieren una planificación anticipada considerable y cuidadosa. El número restringido de fabricantes limita la base mundial de suministro de algunas vacunas y no promueve una competencia para reducir los precios.

A pesar de desafíos en el mercado de vacunas, el Fondo Rotatorio ha velado por asegurar un suministro suficiente de la mayoría de las vacunas adquiridas en los últimos dos años. Sin embargo, aún existen desafíos importantes. Por ejemplo, para algunas vacunas, hay una base mundial de suministros muy limitada con solo tres o cuatro productores y sin previsión de nuevos participantes en el mercado. Así es el caso con vacunas como la BCG, la DPT y la vacuna antiamarílica. Para otras, como la vacuna conteniendo tos ferina acelular, la base de suministro global no es grande y han habido problemas de fabricación de los productores.

Para enfrentar estos desafíos, la OPS ha tomado varias medidas, dependiendo del caso. La OPS ha adelantado el proceso de licitación, de manera que los productores puedan ser notificados y puedan planear su producción meses en anticipación a sus primeras entregas. La OPS ha estado trabajando con los Estados Miembros para alentarlos a que consideren condiciones del suministro global como parte de sus decisiones de inclusión de vacunas en sus programas de inmunización. Además, para vacunas como las BCG y DPT y basado en el conocimiento del mercado, el Fondo Rotatorio implementó una estrategia de adquisiciones diferente que consiste en contratos de mayor duración, hasta de tres años, a fin de reforzar el atractivo comercial para los fabricantes y procurar un compromiso a largo plazo que satisfaga las necesidades de la Región de la OPS.

Con miras a ampliar la base de suministro regional de vacunas, el Fondo Rotatorio de la OPS ha ampliado la elegibilidad para vacunas con autorización de comercialización y lotes liberados por algunos organismos reguladores nacionales de la Región. La OPS seguirá promoviendo la participación de los fabricantes de vacunas de los países en desarrollo, para mejorar el suministro para la Región, de vacunas precalificadas por la OMS y consistentes con los estándares de calidad del Fondo Rotatorio.

La preparación prudente y la anticipación de las previsiones de la demanda en los países y los territorios son elementos de respaldo necesarios a esta estrategia de adquisiciones de la OPS. La OPS ha hecho misiones a los Estados Miembros para revisar de manera conjunta los procesos del pronóstico de demanda y para identificar las oportunidades que puedan mejorar las herramientas utilizadas.

Precios de las vacunas

Como el costo total de las vacunas para la inmunización completa de un niño contra doce enfermedades prevenibles por vacunación es de US\$63,80,² los precios de las vacunas representan un desafío financiero importante para los Estados Miembros. La mayor parte de este costo lo representa a vacunas nuevas – especialmente la vacuna antineumocócica conjugada y la antirrotavírica. El costo del esquema con vacunas antineumocócicas conjugadas es US\$47,40 y representa 75% del costo total de las vacunas aplicadas contra las doce enfermedades; y el costo del esquema con las vacunas antirrotavíricas aplicadas es US\$13,00, es decir, el 20% del costo total. La introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) añade un desafío financiero adicional.

Lamentablemente, la competencia real es poca o ninguna en el mercado de las vacunas nuevas para la antineumocócica conjugada, antirrotavírica o la vacuna contra el VPH. Existen no más de dos fabricantes precalificados por la OMS para estos productos en cada uno de estos mercados y no se prevén nuevos participantes a corto plazo; la competencia en el mercado constituye el motor básico de la disminución de los precios. La vacuna pentavalente (DTP-HepB-Hib), por ejemplo, está disponible a precios considerablemente inferiores a los precios de hace seis años, como resultado de un mayor número de fabricantes precalificados por la OMS, los cuales son siete actualmente. Una mayor competencia ha llevado a una disminución notable de los precios.

La Oficina Sanitaria Panamericana busca continuamente el acceso a las vacunas a precios inferiores, con el fin de apoyar la sostenibilidad de los programas de inmunización de los Estados Miembros y aprovechar la oportunidad para seguir ampliando la protección de las poblaciones contra otras enfermedades prevenibles.

Al contar con el compromiso de solidaridad y respaldo de los Estados Miembros de la OPS durante un proceso de negociación de más de 18 meses, la Oficina Sanitaria Panamericana con el apoyo de algunos socios internacionales, llegó a un acuerdo con ambos productores de vacuna contra el VPH para que el Fondo Rotatorio de la OPS asegurara un precio reducido de ambas vacunas para los países y territorios participando en el Fondo Rotatorio. Es un estímulo para la OPS que como resultado de estos acuerdos, el uso de esta vacuna podrá ser ampliado en la Región. El diálogo, las alianzas y el compromiso de solidaridad entre los Estados Miembros de la OPS han hecho posible este logro.

Iniciativas mundiales relacionadas con el acceso a las vacunas

Los países por fuera de nuestra Región están expuestos a los mismos retos de los mercados de las vacunas. La diferencia estriba en que los países de América Latina y el Caribe cuentan con el acceso al Fondo Rotatorio y han resuelto diversas dificultades relacionadas con los financiamientos, las adquisiciones y las reglamentaciones, que todavía afrontan los países de otras regiones. Las iniciativas de compra compartida de vacunas se han considerado o puesto en marcha en otras regiones, pero hasta el presente no han alcanzado los resultados previstos.

En mayo del 2015, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución que insta a los Estados Miembros a aumentar la transparencia en materia de fijación de precios de las vacunas y a examinar, entre otros aspectos, la adquisición conjunta de las vacunas. Este aval respaldará las iniciativas

²Según los precios del Fondo Rotatorio de la OPS del 2014 y considerando las siguientes vacunas: BCG, antipoliomielítica, pentavalente (DTP-Hib-HepB), triple vírica, antineumocócica conjugada y antirrotavírica.

mundiales en curso y futuras encaminadas a aumentar el acceso de los países de ingresos medianos a vacunas asequibles.

En la actualidad existen dos iniciativas mundiales lideradas por la OMS con el apoyo de asociados. Estas iniciativas son el “Sistema sobre productos, precios y adquisiciones de vacunas (V3P)”³ cuyo objeto es aumentar la transparencia de los precios de las vacunas. Hasta el presente, el Fondo Rotatorio de la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y 34 países, en su mayoría de la Región de Europa, están compartiendo la información sobre los precios de las vacunas. A pesar de los países participantes limitados, el efecto del Fondo Rotatorio de la OPS sobre el acceso a vacunas de precios más bajos se puede observar en el V3P.

La segunda iniciativa, respaldada por el SAGE en abril del 2015, se conoce como la Estrategia de Países de Ingresos Medianos. Esta estrategia se centra en reforzar la voluntad política y lograr el financiamiento nacional suficiente, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, favorecer el acceso a suministros oportunos y asequibles y mejorar los sistemas de prestación de servicios y aumentar su capacidad. En el marco de la Estrategia de Países de Ingresos Medianos, la OPS explorará las oportunidades de crear sinergias con los métodos de adquisición de los países en desarrollo de otras regiones de la OMS.

A fines del 2014, 41 países y territorios habían adquirido las vacunas, las jeringas y los suministros por conducto del Fondo Rotatorio. El Fondo ofrece 45 vacunas y 19 tipos de suministros destinados a la vacunación. Las compras totales durante el último año alcanzaron US\$573,3 millones. Dada la dinámica del mercado mundial de vacunas, las iniciativas mundiales mencionadas y la pertinencia de la estrategia de adquisición compartida de las vacunas en las Américas, el Fondo Rotatorio se ha convertido en ejemplo de un mecanismo eficaz para varias organizaciones internacionales y otras regiones de la OMS.

Recomendaciones:

- El GTA reconoce al Fondo Rotatorio como contribución única al éxito de los programas de inmunización en las Américas, lo que también representa un modelo a considerar para las otras regiones.
- El GTA elogia el esfuerzo colectivo de los países en la Región participando en el Fondo Rotatorio, para asegurar el acceso a un suministro de vacunas asequible y sostenible para la gente de las Américas.
- El GTA alienta a la OPS que actualice los países sobre los mercados de las vacunas y aporte respuestas enérgicas a dificultades específicas de las vacunas.
- La negociación exitosa de precios asequibles requiere, entre otros aspectos, que todos los países proporcionen una previsión exacta de sus necesidades de vacunas. Por lo tanto, el GTA recomienda firmemente que los países procuren formular previsiones de la demanda cada vez más exactas y el pago puntual de las órdenes. La OPS debe apoyar a los países en el proceso de planificación y seguimiento de la demanda.
- El GTA estimula a la OPS a que apoye las iniciativas mundiales encaminadas a mejorar el acceso a vacunas asequibles, incluidas las iniciativas regionales de adquisición conjunta.

³http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/en/

Actualización sobre inmunización materna

La inmunización materna se refiere a la vacunación antes del embarazo, durante el embarazo y en el período posparto (para la madre y también para el recién nacido), con el objeto de proteger al binomio madre e hijo. Aproximadamente el 40% de las muertes de niños en el mundo ocurren en el período neonatal. Muchas de estas muertes son debidas a infecciones que se pueden prevenir a través de vacunas maternas existentes o potenciales. La inmunización materna tiene el potencial de impactar la morbilidad en la primera infancia, y en algunos casos, la mortalidad. Infecciones como las debidas al virus sincitial respiratorio (VSR), la influenza y la tos ferina están asociadas con mayor enfermedad y complicaciones en los lactantes de poca edad—es decir, antes del comienzo o de la finalización del esquema de vacunación de los niños menores de un año. El progreso en reducir la mortalidad infantil a nivel mundial se ha logrado principalmente fuera del período neonatal.

La inmunización materna ha aumentado en popularidad en los años recientes debido a la posibilidad de ejercer un efecto potenciador en la plataforma de la atención prenatal. Es un componente central del nuevo modelo de vacunación, que marcó la transición de la inmunización del niño a la inmunización de toda la familia. El establecimiento de una plataforma rutinaria de inmunización materna representa un nuevo paradigma que incluye el uso universal de la vacuna contra la influenza, la antitetánica y la antitosferinosa y la consideración del uso de otras vacunas pertinentes en el futuro cercano.

Hasta la fecha en todos los países de América Latina y el Caribe, está recomendada la vacuna que contiene componentes antitetánicos y antidiftéricos en todas las mujeres de edad fértil; en 27 países la vacunación contra la influenza está indicada en las embarazadas y la vacuna con componente antitosferinoso está indicada en las embarazadas en 11 países de América Latina y el Caribe en situaciones de brotes.

Grupo de Trabajo de la OPS sobre Inmunización Materna

En febrero del 2015, la OPS convocó a un Grupo de Trabajo sobre Inmunización materna en Washington, D.C. con expertos reconocidos en inmunización materna y enfermedades infecciosas provenientes de múltiples instituciones, con la intención de elaborar una guía práctica de la OPS sobre inmunización materna y ofrecer al GTA orientación técnica continua sobre la inmunización materna.

El Grupo de Trabajo sobre Inmunización materna de la OPS está compuesto por representantes de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Emory University, el Centro Latinoamericano de Perinatología, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Honduras, el PAI de Argentina, el Cincinnati Children's Hospital y la Universidade Santa Casa de São Paulo.

El grupo está actualmente revisando el contenido de la guía práctica, con la cual se suministrará información sobre la integración de los servicios de inmunización y atención prenatal, la inocuidad y efectividad de las vacunas, las decisiones sobre la implementación o la ampliación de cobertura de las vacunas disponibles (como la vacuna contra la influenza estacional, el tétanos y la tos ferina), el monitoreo y la evaluación, y las estrategias y herramientas de comunicación para los diferentes públicos destinatarios.

Seguridad de las vacunas

La inmunización materna es una medida fundamental de protección de la salud de las madres y también de los bebés. La inocuidad demostrada de las vacunas maternas además del manejo y de la comunicación sobre las reacciones adversas constituyen una estrategia decisiva en el éxito de la plataforma de inmunización materna en la Región de la OPS. La Guía de la OPS sobre Inmunización Materna abordará este importante tema y proporcionará a los países las herramientas prácticas de comunicación y la orientación dirigida a los diferentes públicos destinatarios (los obstetras, las embarazadas, la población general y los medios de comunicación).

Integración de servicios de inmunización y prenatales

Un aspecto fundamental que se destaca a lo largo de la guía es la integración de los servicios de salud. Una prestación integrada e integral de los servicios podría generar demanda, fortalecer los servicios de vacunación rutinaria y mejorar la cobertura de las actividades integradas. La integración será útil a las intervenciones del programa nacional de inmunización y a otras intervenciones de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño al nivel de la prestación de servicios, pues optimiza el uso de recursos escasos, como el personal de salud y respeta la carga que asumen las familias por cuenta de los desplazamientos a los establecimientos de salud. La integración supone también que un mayor número de madres y niños recibirá estos servicios integrados de salud.

Como parte de estos esfuerzos de integración, la Unidad de Inmunizaciones de la OPS está trabajando estrechamente con el Centro Latinoamericano de la Perinatología con el objeto de ampliar su Registro Clínico Perinatal e incluir más variables sobre inmunización materna que facilitarán el análisis, el seguimiento de los progresos y de las eventuales reacciones adversas a escala regional.

Esquema de inmunización materna

La guía práctica de la OPS contiene una revisión de la inmunización materna, que abarca todas las vacunas recomendadas por el GTA y el SAGE (preconcepción, durante el embarazo y el posparto) y las vacunas que podrían administrarse a las embarazadas en las situaciones especiales como los viajes a las zonas endémicas, la exposición a los patógenos y los brotes epidémicos. También incluye la vacunación del recién nacido durante las 24 primeras horas después del parto (BCG y hepatitis B).

Recomendaciones:

- El GTA felicita a la OPS por tomar la iniciativa de la creación de una plataforma integrada de inmunización materna, que comporta directrices y un esquema de inmunización materna.
- El GTA estimula a la OPS a finalizar esta línea de trabajo encaminada a formular orientación sobre la inmunización materna a los países, incluyendo información sobre la seguridad de las vacunas y las estrategias de comunicación de riesgo necesarias para su implementación exitosa. La OPS debe fomentar un modelo donde la inmunización es parte de una plataforma integrada sobre la atención a mujeres embarazadas y recién nacidos.
- El GTA reafirma las recomendaciones existentes para el uso universal de la vacuna contra la influenza en mujeres embarazadas y el uso de la Tdap en mujeres embarazadas donde se indica por razones de brote de tos ferina en niños pequeños.

Actualización sobre el estado de la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita

El 22 y el 23 de Abril del 2015, el Comité Internacional de Expertos (CIE) para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola en las Américas examinó los datos epidemiológicos que presentaron los países miembros de la OPS y la OMS y determinó que la Región había puesto fin a la transmisión endémica de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). El último caso confirmado de rubéola endémica se notificó en febrero del 2009 en Argentina y la fecha de nacimiento del último caso confirmado de Síndrome de Rubéola Congénita fue el 26 de agosto del 2009 en Brasil.

Con el propósito de alcanzar esta meta, la OPS elaboró una estrategia de eliminación de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, alineada con las estrategias de eliminación del sarampión. Esta estrategia incluye: 1) la introducción de una vacuna antirrubéolica en los programas de inmunización rutinarios de los niños de 12 meses de edad, alcanzando una cobertura igual o superior al 95% en todos los municipios; 2) la realización de una campaña de vacunación masiva por una sola vez dirigida a los adolescentes y adultos con edades comprendidas entre los 15 años y los 49 años (campañas de “aceleración”), así como de campañas periódicas de seguimiento en los niños de 1-5 años de edad; y 3) la integración de la vigilancia de la rubéola con la vigilancia del sarampión y la implementación de la vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita.

Desde el 2010, se han notificado 57 casos importados de rubéola en ocho países: Argentina (4), Brasil (1), Canadá (17), Chile (1), Colombia (2), Guyana Francesa (1), México (2) y Estados Unidos (29). Con respecto al Síndrome de Rubéola Congénita, se notificaron cuatro casos importados en Canadá (uno en el 2011) y los Estados Unidos (tres en el 2012). En el 2015, no se han notificado casos importados de rubéola ni del SRC.

El CIE señaló además que, en un futuro próximo, espera poder declarar la Región libre de sarampión. La transmisión endémica del sarampión se había interrumpido en la Región en noviembre del 2002. No obstante, en los últimos años, los casos importados de otras regiones del mundo han producido brotes de gran tamaño de sarampión en varios países. El recuento total de casos importados en toda América del 2003 al 2014 alcanzó 5.086 casos, la mayoría de los cuales ocurrió en el 2011 (n=1.369) y el 2014 (n=1.824). En el 2015, se han notificado⁴ 543 casos, principalmente en Brasil (n=161), Canadá (n=195), Chile (n=7), México (n=1), Perú (n=4) y en los Estados Unidos (n=175).

Durante la reunión de abril con el CIE, Brasil presentó la situación epidemiológica actual del brote sostenido de sarampión que ha afectado principalmente a los estados de Ceará y Pernambuco. Tras actualizar las cifras según los boletines semanales del sarampión, el número de casos confirmados alcanzó 1.109 en el período del 2013 al 2015⁵. El brote sigue activo en el estado de Ceará (n=855), específicamente en los municipios de Fortaleza (n=395) y Caucaia (n=87). Los adolescentes y los adultos siguen siendo el grupo más afectado por este brote (44,4%), seguidos de los niños de 6 meses a 11

⁴ Datos hasta la vigésima sexta semana epidemiológica (26) del 2015 (al 4 de julio del 2015).

⁵ Datos hasta la vigésima quinta semana epidemiológica (25) del 2015 (al 27 de junio del 2015).

meses de edad (24,8%). Por este motivo, Brasil comenzó a vacunar a los niños mayores de 6 meses de edad en el 2014 (dosis cero) y continuó administrando la primera dosis a los 12 meses y segunda dosis a los 15 meses. El genotipo identificado fue el D8. La transmisión lenta pero continua (transmisión “gota a gota”) puso en evidencia el fracaso en la implementación de una respuesta dinámica y rápida a los brotes y también la presencia de varias personas sin vacunar, dispersas en áreas con coberturas de inmunización notificadas altas.

A finales de febrero del 2015, se llevó a cabo en Ceará una campaña indiscriminada de vacunación dirigida a las personas entre los 5 años y los 29 años de edad en Fortaleza y Caucaia. La campaña debe ser extendida a otros municipios (n=20) con el propósito de adelantarse al virus. Se ha demostrado un firme compromiso político en todos los niveles (federal, estatal y municipal) para detener la epidemia actual en los próximos 60 días, como lo recomendó enfáticamente el CIE en abril del 2015. Sin embargo, a pesar de que la situación ha mejorado, el brote sigue ocurriendo, siendo la fecha de inicio de erupción del último caso confirmado el 2 de junio del 2015.

Hoy, la transmisión del virus endémico del sarampión se ha restablecido en el Brasil, pues el brote de sarampión ha persistido por más de 24 meses en el país y existen todavía casos en investigación (n=35)⁶.

Marco regional para la sostenibilidad de la eliminación

Tras la resolución CSP28.R14 emitida en la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en Septiembre del 2012, el CIE encargó a la OPS en su última reunión, que formulara directrices sobre la forma de monitorear el progreso hacia la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Con este fin, la OPS está elaborando un marco regional para monitorear la sostenibilidad y garantizar la estandarización de las actividades que se ejecutarán por los Estados Miembros de la OPS. Este marco tendrá como base la vasta experiencia adquirida en todos los países y por consiguiente propondrá la vigilancia complementaria y las actividades de vacunación (por ej.: búsqueda activa de casos) para agregar a la evidencia existente en la documentación de la ausencia del sarampión y los casos de rubéola en la Región. Por lo tanto, La sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola debe ser monitoreada anualmente en cada país, siguiendo un proceso estandarizado.

Se celebraron varias consultas técnicas con el fin de definir los indicadores de la vigilancia, incluida la reunión de un grupo de trabajo con expertos nacionales de renombre y de los puntos focales de inmunización de la OPS que se llevó a cabo en Bogotá, Colombia el 2-3 de julio del 2015. El grupo de trabajo subrayó la necesidad de tener datos de vigilancia completos, confiables, rápidos, y consistentes. Para esto, se propuso reemplazar el indicador que mide el número de unidades notificadoras que notifican cada semana por otro indicador que permita monitorear el número de municipios notificando casos sospechosos de sarampión y rubéola, así como otro indicador que es el número de semanas que los países notifican datos de sarampión-rubéola a la OPS. Finalmente, el grupo de trabajo recomendó que los países adopten y usen la definición de “caso confirmado” de la OPS para el sarampión y la rubéola, y la definición de “caso sospechoso” para el SRC.

⁶ Datos hasta la cuartavigesima (24) semana epidemiológica del 2015 (al 20 de junio del 2015).

Después de las recomendaciones del GTA en el 2014 solicitando que la OPS estudie cuidadosamente los modelos de transmisión y la distribución de edad de los casos en los brotes recientes de sarampión, la OPS presentó estos datos, específicamente, la evidencia de los brotes recientes en Brasil, Ecuador y los Estados Unidos, a los miembros del grupo de trabajo de consultas técnicas en junio del 2015. Basado en esta evidencia, el grupo de trabajo estuvo de acuerdo en seguir recomendando la vacunación contra el sarampión (una o dos dosis según la edad) a todos los individuos con más de 6 meses de edad, viviendo en áreas con circulación documentada del virus de sarampión.

Recomendaciones:

- El GTA reconoce los esfuerzos de Brasil frente al brote de sarampión en marcha. A pesar de esto, el GTA exhorta urgentemente al gobierno de Brasil a tomar medidas decisivas para finalizar el brote de sarampión en Ceará. En seguimiento del último caso confirmado de sarampión en Ceará, el gobierno tendrá que documentar la interrupción de la circulación del virus de sarampión en las áreas afectadas según los criterios de verificación de cierre establecidos por la OPS.
- El GTA insta a los países a que implementen completamente los indicadores de vigilancia actualmente recomendados de manera que tengan un sistema de vigilancia oportuno y sensible, que produzca datos confiables y consistentes.
- El GTA recomienda que se vacune a los niños entre 6 y 11 meses de edad en situaciones de brotes (esta dosis se considerará “dosis cero”). Estos niños deben recibir después la primera dosis de la vacuna SPR cuando cumplan 1 año de edad y la segunda dosis según el esquema nacional, preferiblemente cuando cumplan 18 meses de edad.
- El GTA recomienda fuertemente que la OMS lidere una iniciativa para aumentar el progreso hacia la eliminación global del sarampión como una resolución en la próxima Asamblea Mundial de la Salud (AMS), para reforzar el compromiso de las otras regiones en alcanzar los objetivos propuestos en el marco del GVAP.

Actualización de la vacunación contra el VPH en las Américas

A junio del 2015, 23 países y territorios en las Américas habían introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en sus programas de inmunización financiados con fondos públicos. Se estima que, en principio, 85% de una típica cohorte de nacimiento de adolescentes (6,5 millones de niñas) de la Región tiene acceso a la vacunación contra el VPH en las Américas. Datos de cobertura de vacunación real no están disponibles para todos los países que introdujeron esta vacuna. Donde sí están disponibles, los datos indican que en el mejor de los casos la cobertura con la primera dosis es 85% y e inferior con las siguientes dosis.

El ritmo de introducción de la vacuna contra el VPH en los países de las Américas parece haberse moderado. Si bien siete países introdujeron la vacuna en el 2013, solo tres en el 2014. Seis países adicionales se habían propuesto introducir la vacuna en el 2014, pero no lo llevaron a cabo. En comparación con las subregiones de América del Norte, el Cono Sur y los Andes, menos países en Centroamérica y el Caribe han introducido la vacuna contra el VPH. La principal razón por la cual las autoridades nacionales han aplazado nuevas introducciones de la vacunación contra el VPH consiste en su preocupación de contar con la capacidad suficiente para asumir los costos. No obstante, la OPS, a través del apoyo de los socios, llegó a un acuerdo con los dos fabricantes de las vacunas contra VPH para conseguir precios más bajos para los países y territorios participantes del Fondo Rotatorio. Este acuerdo, junto con la implementación de un esquema extendido de vacunación de dos dosis en las menores de 14 años de edad (recomendado por el GTA y el SAGE), debe atenuar en los próximos semestres las inquietudes sobre la asequibilidad de la vacunación contra el VPH. Los análisis económicos demuestran sin ninguna duda que la vacunación contra el VPH es una intervención costo-efectiva.

Los datos de la vigilancia activa y los amplios estudios epidemiológicos demuestran que la vacuna contra el VPH es segura. Lamentablemente, grandes fracciones del público, los medios de comunicación y hasta los profesionales de la salud tienen una percepción opuesta e incorrecta. Esta situación se manifestó de manera notable en agosto del 2014 en un pueblo de la costa del Caribe de Colombia, en donde ocurrió un brote masivo de enfermedad psicógena. La vacunación contra el VPH se amplió en Colombia en el 2013, con el fin de incluir a todas las niñas de entre los 9 años y los 18 años de edad; en el pueblo afectado, un número considerable de niñas recibió su segunda dosis en marzo y abril del 2014. Del 28 de mayo (fecha de aparición del brote) hasta mediados de septiembre del 2014, se presentaron al hospital del pueblo 457 pacientes con dos o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea, parestesia de los miembros inferiores o superiores, dificultad respiratoria, dolor torácico y desmayos. De estas pacientes, 444 (97%) eran niñas entre los 9 años y los 19 años de edad. Aunque algunas niñas fueron al hospital varias veces, todos los casos se recuperaron rápidamente sin secuelas. La curva de la epidemia puso en evidencia varios conglomerados de casos durante el período de 3,5 meses. La comunidad atribuyó inicialmente la enfermedad a una intoxicación alimentaria y luego a una nube de plaguicida. Sin embargo, el mayor conglomerado de casos ocurrió entre el 18 y el 28 de agosto del 2014, cuando la comunidad finalmente atribuyó la enfermedad a la vacunación contra el VPH y los medios nacionales de comunicación cubrieron rápidamente la noticia. En el pueblo existen 21 escuelas; 60% de los casos se relacionaron con seis escuelas. Las tasas de ataque más altas se observaron en las niñas que vivían en los vecindarios urbanos y que acudían a la escuela pública. Es probable que el brote haya sido comenzado en una escuela, por un psicólogo que tenía reclamaciones laborales; un político local con aspiraciones, un grupo de abogados interesados en representar conjuntamente a los pacientes contra el estado y el fabricante de vacunas y los representantes de la asociación española de las "víctimas de

vacuna contra el VPH” convergieron en agosto con el fin de avivar el brote. Un brote similar, aunque mucho más limitado ocurrió el 4 de septiembre del 2014 en una escuela del Brasil. Después de la administración de la segunda dosis de la vacuna contra el VPH once niñas se enfermaron y acudieron a los servicios de urgencias; todas se recuperaron rápidamente y fueron dadas de alta. Los brotes psicógenos colectivos colombiano y brasileño destacan la importancia de sensibilizar a los profesionales de salud y las autoridades sobre la posibilidad de una enfermedad psicógena colectiva relacionada con la vacunación contra el VPH o la administración de otras vacunas. Además de un reconocimiento rápido de los hechos, la respuesta debe ser deliberada y cuidadosamente equilibrada, pues desestimar los hechos o reaccionar en exceso fomentarán el posible brote.

La vacuna contra el VPH es segura y eficaz. Cada vez existen más datos que indican que los programas de inmunización contra el VPH efectivamente disminuyen las infecciones causadas por el VPH y las lesiones precancerosas del cuello uterino en las mujeres jóvenes. Los programas de inmunización contra el VPH pueden frenar en una generación la carga de morbilidad por cáncer cervicouterino y posiblemente otros cánceres relacionados con el VPH en las Américas. La accesibilidad de la vacuna mediante programas financiados con fondos públicos, las iniciativas programáticas inequívocas destinadas a lograr y mantener una alta cobertura de vacunación y una buena aceptación de la vacuna contra el VPH por el público y los medios de comunicación serán ingredientes fundamentales en la concretización de este potencial.

Recomendaciones:

- El GTA felicita los esfuerzos del Fondo Rotatorio de la OPS en la negociación para conseguir precios más bajos de la vacuna contra el VPH para los Estados Miembros, para acelerar el la adopción regional de esta vacuna.
- El GTA insta a los países que no han introducido la vacuna contra el VPH como parte de sus sistemas de prevención del cáncer cervicouterino y de enfermedades prevenibles por vacunación, a acelerar sus procesos de toma de decisiones y a aprovechar al máximo esquemas de inmunización extendidos de 2 dosis y del precio favorable de la vacuna contra el VPH ofrecido a través del Fondo Rotatorio de la OPS.
- Los países que ya han introducido una vacuna contra el VPH deben fortalecer sus esfuerzos para determinar la cobertura de vacunación en los niveles subnacionales y nacionales, y utilizar estos datos para resolver las barreras y percepciones erróneas relacionadas a la vacunación contra el VPH.
- El GTA pide que la OPS documente las experiencias y lecciones de los países que ya han introducido la vacuna, y que las ponga a disposición de los otros países.
- El GTA toma en cuenta los resultados del Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS, por sus siglas en inglés) que confirman la seguridad de la vacuna contra el VPH. La OPS debe diseminar estos resultados y trabajar con países para que desarrollen información fácilmente comprensible sobre la seguridad y efectividad de esta vacuna en la prevención del cáncer cervicouterino.

Actualización sobre la vigilancia de nuevas vacunas

La vigilancia centinela de las neumonías y meningitis bacterianas (NMB) y del rotavirus se introdujo en América Latina y el Caribe en el 2005. La vigilancia de NMB incluye 12 países (Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela) y 37 sitios centinela; y la vigilancia del rotavirus comprende 18 países (los mismos países que cuentan con la vigilancia de las NMB, pero además Chile, Colombia, República Dominicana, Guyana, San Vicente y las Granadinas, Surinam) y 79 sitios centinela. Desde el 2009, la OMS estableció la red mundial de vigilancia centinela de las enfermedades bacterianas invasoras y del rotavirus y, la Región de América Latina y el Caribe forma parte de esta red.

Los objetivos de la vigilancia centinela son los siguientes:

1. Describir las características epidemiológicas de las enfermedades observadas.
2. Estimar la carga de morbilidad con el fin de apoyar la introducción de nuevas vacunas.
3. Evaluar el impacto de la vacunación en la epidemiología de estas enfermedades.

La información recogida en la vigilancia con respecto a las características epidemiológicas de estas enfermedades ha sido importante para el desarrollo de los estudios y el análisis de los datos que indican cómo ha evolucionado la distribución de la enfermedad después de la introducción de las vacunas, especialmente en los países que contaban con datos antes de la introducción de la vacuna.

Los criterios básicos para que un sitio centinela sea considerado como un hospital que se desempeña consistentemente comprenden: enrolar casos durante los 12 meses del año, enrolar como mínimo 100 casos sospechosos de meningitis y de rotavirus por año, y al menos 500 casos de neumonías.

El porcentaje de positividad para *Streptococcus pneumoniae* (Spn) en las neumonías bacterianas ha demostrado una tendencia decreciente desde el comienzo de la vigilancia en el 2007. Sin embargo, de los casos positivos, el porcentaje más alto todavía corresponde al Spn, pues representa más del 70% de los aislados provenientes de los casos investigados en todos los años de vigilancia. Esta vigilancia ha permitido la notificación e investigación de 127.000 casos hospitalizados de neumonías, 75.000 neumonías con un patrón radiológico compatible con neumonía bacteriana y 56.000 muestras de sangre de las cuales 852 fueron positivas para Spn o *Haemophilus influenzae* en cerca de un millón de niños hospitalizados.

Además, la vigilancia centinela de las meningitis bacterianas permitió la captación de un total de 5.000 casos de meningitis, de los cuales 2.000 (49,2%) se clasificaron como probable y 285 se confirmaron como *H. influenzae* de tipo b (58; 20,4%), *H. influenzae* no b (20; 7,0%), *Neisseria meningitidis* (39; 13,7%) o Spn (168; 58,9%).

Sin embargo, la vigilancia centinela de las NMB plantea varias dificultades que merecen consideración. En primer lugar, la detección de todas las hospitalizaciones por neumonías adquiridas en la comunidad; la lectura adecuada de las radiografías de tórax, que clasifica los casos como neumonías bacterianas probables o no; la obtención de muestras de sangre o de líquido pleural; y el cultivo y la identificación de los microorganismos.

La detección adecuada de los casos de las hospitalizaciones adquiridas en la comunidad, la capacitación la lectura de la radiografía de tórax, el seguimiento de la toma de muestras, el cultivo y los procedimientos de identificación son aspectos primordiales en el funcionamiento adecuado de este sistema de vigilancia.

En la actualidad, la introducción y el uso de técnicas moleculares, como la Reacción de Polimerasa en Cadena, serán importantes para la identificación adecuada de estos patógenos.

Con respecto a la vigilancia del rotavirus, entre el 2005 y el 2013 se notificaron e investigaron 256.643 hospitalizaciones por diarrea, hubo 136.040 casos sospechosos de diarrea por rotavirus, se recolectaron 104.068 muestras de heces y 30.984 casos obtuvieron resultados positivos para el rotavirus. Se ha demostrado una tendencia decreciente en el porcentaje de casos de diarrea por rotavirus (porcentaje <0,001), con una disminución de 40% entre estos dos años. Algunos desafíos importantes que no se han superado incluye la necesidad de estandarizar la selección de muestras destinadas a la genotipificación y de vincular los datos nominales a los datos de genotipo.

Recomendaciones:

- El GTA reconoce que el éxito de la vigilancia centinela depende de la notificación oportuna y completa de datos y como tal, los países deben asegurar que los criterios de desempeño como son definidos por la OMS/OPS se cumplan.
- El GTA le agradece a los países su participación en la red regional y por el progreso en monitorear la epidemiología de las enfermedades por rotavirus y neumocócicas en la Región. Los países que no han implementado la vigilancia centinela deben considerarlo, usando la asesoría global y regional en los criterios de calidad.

Oportunidades perdidas de vacunación

El tercer objetivo estratégico del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas establece que los beneficios de la vacunación se distribuyan de forma equitativa a todas las personas. La OPS, en el RIAP comparte esta meta. La OPS y otros asociados han ayudado a los países de América Latina y el Caribe a ejecutar planes de acción que aumenten la cobertura de vacunación en los municipios vulnerables. Se insta a los países a determinar las causas locales de la subvacunación y llevar a cabo intervenciones que superen los obstáculos para alcanzar una alta cobertura.

En respuesta a las recientes solicitudes de ayuda de los países para realizar estudios sobre las oportunidades perdidas de vacunación, con la meta de aumentar la cobertura de vacunación en los municipios vulnerables, la OPS está publicando una metodología estandarizada cuyo objeto es evaluar las oportunidades perdidas de vacunación en los niños menores de 5 años en los establecimientos de atención de salud primaria y secundaria, y examinar las actitudes y los conocimientos de los profesionales de salud en relación a las vacunas. La metodología está basada en el método original de la OMS publicado en 1988, así como en otros estudios sobre vacunación ejecutados en la Región, y tiene en cuenta las mejores prácticas de este tipo de encuestas realizadas en América Latina y el Caribe.

A partir de una revisión de los datos existentes, la OPS elaboró un metodología y dos cuestionarios, uno con el fin de medir las oportunidades perdidas de vacunación con los niños menores de 5 años y el otro con el objeto de evaluar los conocimientos, las prácticas y las actitudes del personal de salud. Un principio orientador para incluir la información que se recogería, fue su utilidad en el terreno y la posibilidad que ofrecía de definir las medidas correctivas. El método se diseñó de tal manera que ambos cuestionarios se administrarían durante el mismo día en un establecimiento de salud, el primero lo administraban los entrevistadores a los cuidadores de niños menores de 5 años y el segundo lo completaba de manera anónima e individual el personal de salud. Este método recoge información a partir de una amplia gama de participantes y su diseño permite evaluar las prácticas de salud en las consultas destinadas a la vacunación y en las consultas por otros motivos (por ejemplo, la consulta del niño sano). Los cuidadores de niños menores de 5 años son aptos para participar en el estudio después de acceder a una consulta en un centro de salud por cualquier motivo. Los profesionales de salud que de manera regular no administran vacunas, incluidos los que trabajan en nutrición y en la consulta del niño sano, también se pueden incluir en las encuestas del personal de salud.

El método permite una evaluación transversal de las ocasiones de vacunación desaprovechadas. Dado que la evaluación sirve de herramienta operativa en la detección de oportunidades de vacunación desperdiciadas en los municipios que no alcanzan las metas de cobertura previstas, se recomienda un muestreo por cuotas en lugar de un muestreo probabilístico. Se seleccionan primero las zonas geográficas (municipios) según las tasas de cobertura, los índices de necesidades básicas insatisfechas y otros indicadores. Luego se escogen los establecimientos de salud, teniendo en cuenta la proporción de la población que reside en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas y la proporción de pacientes que acuden a los hospitales en comparación con los que acuden a los centros de atención primaria.

En octubre del 2012, se probó la metodología actualizada en República Dominicana. En 99 centros de salud de municipios de baja cobertura se entrevistaron 1.500 padres y tutores de niños menores de 5 años y 398 profesionales de salud completaron la encuesta dirigida a ellos. De 782 oportunidades con 527 niños aptos para recibir las vacunas que necesitaban, se perdieron 262 ocasiones de vacunación. Con el objeto de evaluar el carácter integral, la ejecución y la comprensión de la metodología, profesionales de la OPS participaron en todas las etapas de la evaluación. La ejecución se consideró exitosa ya que la evaluación fue factible en dos semanas, se obtuvieron muestras del tamaño previsto y una gran proporción del personal de salud participó, reconoció los resultados como problemas en sus establecimientos y propuso soluciones a estos problemas.

A fin de llevar a cabo la evaluación, un país debe adaptar los cuestionarios y el algoritmo de las oportunidades perdidas de vacunación a su calendario de vacunación. El método ofrece a los investigadores directrices que ayudan a determinar la elegibilidad, la oportunidad de las dosis y la ventana de oportunidad. Posteriormente, el país debe escoger un equipo de trabajo. Este equipo debe constar de un coordinador general, supervisores, entrevistadores y personal de entrada de datos (cuando los datos se recopilan en formularios impresos) y se recomienda la inclusión de un estadístico en el equipo del estudio. Se puede conformar el equipo con profesionales de salud exteriores al servicio de vacunación o el país puede contratar la ejecución del estudio a una empresa encuestadora independiente o una institución académica. Se requieren sesiones de capacitación de los miembros del equipo, una prueba piloto y mecanismos que procuren la buena calidad de los datos. Antes de iniciar el estudio, los investigadores tienen que cerciorarse de que se realizará según las normas nacionales en materia de utilización de los datos de salud. Se recomienda a los investigadores que apliquen análisis unifactoriales y estratificados con el fin de determinar los factores asociados con las oportunidades perdidas de vacunación y la subvacunación en la población estudiada, reconociendo que los resultados no son generalizables al país en su totalidad, pues no se trata de un muestreo probabilístico.

La última etapa consiste en la preparación de informes que faciliten el diseño de estrategias específicas que reduzcan las oportunidades perdidas de vacunación. El primer informe debe ser breve donde se destaquen los principales resultados para presentarlos a las autoridades de salud nacionales, otras autoridades sanitarias y a los asociados según corresponda y un informe más detallado destinado a los directores del PAI nacionales, sub nacionales y los encargados a nivel local.

En República Dominicana durante la presentación de los resultados, los funcionarios subnacionales, muchos de los cuales tienen a su cargo los servicios de vacunación en los centros de salud evaluados, sugirieron intervenciones y ayudaron a evaluar los factores subyacentes relacionados con los obstáculos detectados. Además, la inclusión de los funcionarios locales de vacunación en la evaluación de las oportunidades perdidas aumenta la participación y el compromiso de los funcionarios, quienes son en último término responsables de la ejecución de las intervenciones.

Por último, los países deben documentar los estudios que realizan sobre las oportunidades perdidas de vacunación y la subvacunación de la población. Es un hecho plenamente aceptado la escasez de estudios publicados en los países en desarrollo que evalúen los programas de inmunización, validen los datos de cobertura o evalúen la efectividad de las intervenciones, sobre todo en América Latina y el Caribe. Entre otras ventajas, una mejor documentación de los estudios operativos sobre la vacunación ayudará a los países a establecer un punto de referencia para evaluar los progresos, abogar por un mayor compromiso político y financiamiento externo, promover la toma de decisiones basadas en evidencia y compartir las experiencias con el resto de la comunidad de la inmunización.

Recomendaciones:

- El GTA felicita el trabajo de los países para identificar y corregir las barreras de vacunación para mejorar las coberturas de inmunización en todos los niveles.
- La OPS, conjuntamente con otros asociados, seguirá analizando los estudios acerca de las causas regionales de la subvacunación.
- La OPS debe difundir la información sobre las mejores prácticas encaminadas a disminuir las oportunidades perdidas de vacunación, describiendo como se desarrollan, implementan de una manera costo-efectiva, monitorean y evalúan las intervenciones exitosas.
- Los países deben documentar las intervenciones y repetir este tipo de estudios, idealmente con un componente de determinación de los costos, de tres a cinco años después y evaluar si las intervenciones ejecutadas fueron eficaces en reducir las oportunidades perdidas de vacunación y si contribuyeron a alcanzar tasas de cobertura de vacunación más equitativas.

Progreso hacia la eliminación regional del tétanos neonatal

Antecedentes

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la que se hacía un llamamiento a favor de la eliminación del tétanos neonatal (TNN) en todo el mundo para 1995; esta resolución fue respaldada por el Consejo Directivo de la OPS. Los ministros de salud de los Estados Miembros de la OPS emprendieron actividades programáticas específicas para eliminar el tétanos neonatal con el apoyo de la OPS y diversos organismos internacionales.

Para lograr la eliminación del tétanos materno y neonatal (ETMNN), la OMS recomienda que los países refuercen la vigilancia de los casos de TNN, promuevan los servicios de parto en condiciones higiénicas y la inmunización rutinaria de las embarazadas y, además, lleven a cabo actividades complementarias de inmunización para mujeres en edad fértil. La OMS define la eliminación mundial como una tasa anual de <1 caso de TNN por 1.000 nacidos vivos a nivel distrital.

Haití es el único país de la Región de las Américas que no ha logrado la eliminación del tétanos materno y neonatal. En el 2015, Haití tiene una población estimada de 11.447.951 habitantes, con 10 departamentos de salud y 140 comunas de salud.

Progreso hacia la eliminación regional del tétanos neonatal

Haití ha avanzado mucho en la eliminación del tétanos neonatal y ha implementado actividades específicas para alcanzar esta meta para el 2015. En el 2012, Haití hizo una evaluación completa de todas las comunas e identificó que las 140 comunas se consideraban de alto riesgo para TNN. Además de vacunar a mujeres embarazadas durante actividades de vacunación rutinarias, tres rondas de actividades complementarias de inmunización fueron llevadas a cabo en las 140 comunas para vacunar a todas las mujeres de edad fértil, a pesar de su estado previo de vacunación en los años 2013, 2014 y 2015. Estas actividades resultaron en por lo menos el 80% de cobertura de vacunación de Td2+ en 131 de las 140 comunas.

Haití también integró vigilancia del TNN al sistema de vigilancia de casos de la parálisis flácida aguda (PFA) y de casos sospechosos de sarampión/rubéola, difteria y tos ferina en el 2013. En el 2013, 13 casos de TNN fueron detectados en el país con 3 comunas notificando >1 caso por cada 1.000 nacidos vivos.

Un fuerte apoyo técnico, logístico y financiero de los asociados (UNICEF, CDC, la Cooperación brasileña y la OPS) asociado a una cobertura de vacunación elevada durante las actividades complementarias de vacunación con Td han sido los puntos fuertes hacia la eliminación del TNN.

A pesar de los avances, algunos desafíos aun permanecen. Hay una falta de recursos humanos y financieros para poder implementar las actividades necesarias para alcanzar y mantener la eliminación del TNN y el porcentaje de partos en condiciones higiénicas, y la cobertura de vacunación rutinaria de las mujeres embarazadas con Td todavía son muy bajos. En el 2014, el porcentaje de partos en condiciones higiénicas estaba en un promedio de 29%, con variaciones entre el 12% y el 60% en los 10 departamentos de salud; y el 54% de las comunas alcanzó menos del 50% de la cobertura de vacunación rutinaria de embarazadas.

Todas las actividades de eliminación del tétanos materno y neonatal en Haití dependen de recursos de los socios. El reto principal está en movilizar fondos para alcanzar al menos 80% de la cobertura de vacunación con Td2+ para las embarazadas durante la vacunación rutinaria, integrar la vigilancia comunitaria del TNN en la vigilancia del TNN, aumentar el número de partos en condiciones higiénicas y practicar el cuidado adecuado del cordón umbilical.

Recomendaciones:

- La eliminación del TNN en Haití es crítica para alcanzar las metas regionales de la eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunación. El GTA insta al país que siga las medidas propuestas hacia la eliminación del TNN, con el apoyo de socios y con atención especial a la sostenibilidad de estas acciones como un enfoque integrado. Estas medidas propuestas incluyen:
 - Implementar actividades de vacunación de barrido para las comunas con <80% de cobertura de la vacuna Td2+ durante las actividades complementarias de vacunación.
 - Revisar el desempeño de las actividades de eliminación del tétanos materno y neonatal para cada comuna, para determinar las acciones específicas.
 - Integrar la vigilancia del tétanos neonatal basada en la comunidad para reforzar la vigilancia del TNN.
 - Realizar una encuesta para evaluar la cobertura de vacunación con Td durante las actividades complementarias de inmunización.
 - Invitar a un equipo de evaluación externo en el 2016 para la validación de la ETMNN.

Actualización sobre el desarrollo de la vacuna contra el dengue

Durante las tres últimas décadas, la carga de morbilidad por dengue ha aumentado en forma sostenida en las Américas. En el 2014, se notificaron 1.178.506 casos de dengue en 47 países y territorios de la Región. De estos casos, 16.044 (1,4%) fueron graves y murieron 677 (0,06%) pacientes. Se calcula que los casos notificados representan solo la décima parte de todas las infecciones por virus del dengue clínicamente evidentes de la Región. Además del sufrimiento humano que representan estas cifras, también dan una clara indicación de la carga que impone el dengue a los servicios atención de salud y a las economías de los países. La transmisión del virus del dengue ha ocurrido en todos los países de las Américas, con la excepción de Canadá, Chile continental y Uruguay.

Una vacuna contra el dengue se considera como una valiosa herramienta complementaria de la prevención y el control integrado del dengue. Cinco vacunas experimentales están actualmente en fase clínica de desarrollo y tienen por objeto proteger contra los cuatro virus del dengue (DENV1-4). El siguiente cuadro 1 resume las características y la fase de desarrollo de estas vacunas experimentales.

Cuadro 1: Vacunas experimentales contra el dengue en fase clínica de desarrollo, en julio del 2015

Patrocinador (nombre de vacuna experimental)	Principio de la vacuna experimental	Fase clínica del desarrollo	Número de dosis (calendario en meses)
Sanofi Pasteur (CYD-TDV)	Virus atenuados (vacuna quimérica, cepa 17D del virus de la fiebre amarilla que expresa proteínas de premembrana y proteínas de envoltura de DENV1-4) CYD-TDV	Fase III (en seguimiento, Asia y América Latina)	3 (0,6,12)
Takeda (DENVax)	Virus atenuados (vacuna quimérica de virus atenuados DENV2)	Fase II (Colombia, Puerto Rico, Singapur, Tailandia); fase III (planificada en el 2015)	2 (0,3)
Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas, EE.U.U. Butantan (TV003)	Virus atenuados (vacuna de la secuencia completa de DENV 1, 3, 4 más DENV2 quimérica por mutagénesis dirigida)	Fase II (gradual, Brasil; Tailandia), fase III (planificada en el 2015, Brasil)	1 (no procede)
GSK, Bio-Manguinhos, Walter Reed Hospital (DPIV)	Virus enteros purificados inactivados	Fase I (dos ensayos en Estados Unidos y Puerto Rico, respectivamente)	2 (0,1)
Merck (DEN-80E)	Subunidad de la proteína de envoltura expresada en un sistema de células de insectos	Fase I (Australia)	3 (0,1,2)

En el 2014, se publicaron los resultados de dos ensayos de fase III de una vacuna de virus atenuados contra el dengue, quimérica tetravalente, (CYD-TDV) realizados en Asia y América Latina. Estos resultados representan los primeros datos de efectividad publicados sobre una vacuna contra el dengue. Ambos ensayos incluyeron 10.278 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 2 años y los 14 años, de cinco países de Asia y 20.875 adolescentes entre los 9 años y los 16 años de edad, de cinco países en América Latina. Los resultados de los ensayos son concordantes. La efectividad global contra el dengue fue 57% en Asia y 61% en América Latina; la efectividad contra el dengue grave y las hospitalizaciones por dengue fue más alta. La vacuna experimental CYD-TDV es inmunógena contra los cuatro serotipos de virus del dengue, pero la efectividad varía según el serotipo (más baja contra el DENV2, intermedia contra el DENV1 y la más alta contra DNEV3 y DNEV4). Además, la efectividad fue menor en los participantes más jóvenes y los participantes sin títulos de anticuerpos cuantificables antes de la administración de la primera dosis de la vacuna. Los ensayos en Asia y las Américas continúan con un seguimiento global de 6 años, lo cual es importante para validar los resultados de los primeros 25 meses de los estudios.

A medida que progresa el desarrollo clínico de las vacunas contra el dengue, es primordial fortalecer la vigilancia de la enfermedad. De noviembre del 2013 a junio del 2015, la OPS conjuntamente con ocho países y apoyada por el Instituto de Vacunas Sabin elaboraron un protocolo de referencia de la vigilancia cuya aplicación se propone en todos los países de la Región. Este protocolo logra en particular tres avances notables:

- Primero, convierte las clasificaciones de casos intrínsecamente clínicas de las “Directrices para el Diagnóstico, el Tratamiento, la Prevención y el Control del Dengue” de la OMS del 2009 (dengue y dengue grave) en definiciones operativas que se pueden usar en un sistema de vigilancia epidemiológica. Las definiciones acordadas, se centran ahora en los casos probables (casos con signos clínicos indicativos y un resultado de laboratorio sugestivo de una infección por el virus del dengue) y los casos confirmados; el protocolo de referencia estandariza detalladamente estas definiciones.
- Segundo, la vigilancia centinela complementa la vigilancia pasiva de ámbito nacional. En contraposición con los sistemas desarrollados hasta el presente para otras enfermedades prevenibles por vacunación, la vigilancia centinela no se basaría en una institución única como un hospital de atención de segundo o tercer nivel. Se propone establecer una “zona centinela” en cada país, es decir, una localidad bien definida dentro de la cual se registra detalladamente el espectro de las manifestaciones del dengue en un hospital y en los centros de salud que remiten pacientes a este hospital. Dentro de la zona centinela se integran también los datos de la vigilancia epidemiológica, entomológica y ambiental con el fin de orientar las medidas generales de prevención y control.
- En tercer lugar, se han definido siete indicadores de desempeño con el objeto de supervisar el funcionamiento de la vigilancia epidemiológica. Estos indicadores contribuirán a una ejecución homogénea de la vigilancia del dengue en América Latina y el Caribe. Los indicadores son: la oportunidad del informe periódico del nivel administrativo inferior; la caracterización del virus en las zonas con transmisión activa; la calidad de la información de los casos notificados (un conjunto mínimo completo de datos de los casos); la letalidad; la incidencia; la proporción de dengue grave; el serotipo predominante del virus del dengue; el índice de infestación domiciliaria y el índice de Breteau. Cada indicador se define en un formato que lo estandariza en función de diez atributos.

El protocolo de referencia de la vigilancia del dengue se está adaptando a las condiciones nacionales y se aplica sin grandes limitaciones en la mayoría de los ocho países que contribuyeron a su elaboración, incluidos los países grandes como Brasil y México. Este hecho indica que la aplicación del protocolo es factible y que debería ser aceptable en todos los países americanos. La puesta en práctica del protocolo también aportará evidencia para la toma de decisiones relacionada la introducción de la vacuna contra el dengue y la evaluación del impacto de las actividades de vacunación.

Recomendaciones:

- El GTA recomienda que los países implementen rápidamente un enfoque integrado para reducir la transmisión del dengue, capacitando en el diagnóstico y manejo de casos clínicos, haciendo énfasis en el control integrado de vectores y mejorando el conocimiento para que las personas sepan como protegerse a si mismos y a sus comunidades de mosquitos, como está establecido en la Resolución de la AMS (2015).
- Aunque la carga de dengue en las Américas es importante, el GTA señala que hay muy poca evidencia para poder hacer una recomendación sobre la introducción de la vacuna. El GTA se compromete a evaluar nuevas evidencias oportunamente a medida que estén disponibles; los países deberán hacer lo mismo en los próximos meses en sus propios procesos nacionales de toma de decisiones.
- En coordinación con otras iniciativas, la Iniciativa ProVac de la OPS debe apoyar la toma de decisiones al nivel nacional sobre la prevención y el control del dengue a través del uso de evaluaciones económicas basadas en datos locales.

Actualización sobre los Comités Nacionales Técnicos Asesores de Inmunización (NITAG)

En los primeros años del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la OMS recomendó un conjunto de vacunas de bajo costo que proporcionaron protección directa contra seis enfermedades. Las recomendaciones regionales y mundiales sobre el uso rutinario de estas vacunas tradicionales rápidamente llevaron a su adopción al nivel de país. Actualmente, las vacunas disponibles para prevenir la enfermedad neumocócica, diarrea por rotavirus y cáncer cervicouterino, además de otras vacunas nuevas y de segunda generación en fase de desarrollo prometen a salvar incluso a más vidas. Sin embargo, muchos factores específicos a los países influyen como estas vacunas son valoradas en comparación a otras prioridades con las que compiten dentro del programa de inmunización mismo y en general en el sector de salud. Por lo tanto la OMS ha recomendado que los países establezcan Comités Nacionales Técnicos Asesores de Inmunización (NITAG, por sus siglas en inglés) para proporcionar guías de asesoramiento en lo objetivo y científico a los ministros de salud en cuanto a sus decisiones sobre políticas nacionales de inmunización. Los NITAG tienen un rol importante en el desarrollo de recomendaciones relacionadas a los esquemas nacionales de inmunización, la introducción de nuevas vacunas y estrategias de inmunización (por ejemplo, refuerzos, vacunación en escuelas vs. en centros de salud, etc.)

La OMS desarrolló lineamientos para el establecimiento y el fortalecimiento de los NITAG en el 2008. Estos lineamientos se adaptaron a la Región y fueron publicados en el 2010 para los países de las Américas. El GTA durante su reunión XX recomendó que los programas de inmunización de las Américas aceleren el fortalecimiento de los NITAG en países con comités funcionales, incluyendo el desarrollo y la adopción de los procedimientos operativos estándares, y aumentaran la inversión en la generación de evidencias al nivel de país. El GTA también alentó a los países a establecer rápidamente los NITAG donde actualmente no existen. Desde el 2010, un grupo de indicadores comunes para monitorear el progreso del establecimiento y el fortalecimiento de los NITAG ha sido incorporado en el Formulario Conjunto para la Notificación de la OMS/UNICEF (JRF). Un NITAG funcional ha sido definido como uno que cumple con los seis siguientes indicadores de proceso:

1. Base administrativa o legislativa para el grupo asesor
2. Términos de referencia formales escritos
3. Por lo menos cinco áreas de especialización distintas están representadas entre los miembros principales
4. Por lo menos una reunión al año
5. La circulación de la agenda y de los documentos de antecedentes por lo menos una semana antes de las reuniones
6. Declaración obligatoria de cualquier conflicto de intereses

El Plan de Acción Mundial Sobre Vacunas (GVAP) y el propuesto Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP) han fijado un objetivo para todos los países, y es que todos tengan un NITAG funcional para el 2020. Los Estados Miembros de la OPS han avanzado consistentemente con el establecimiento de los NITAG y con el fortalecimiento de estos cuerpos asesores para apoyar un proceso transparente y confiable de toma de decisiones para las políticas de vacunas. Al 2014, 23 países de la Región de América Latina y el Caribe habían establecidos un NITAG, cubriendo el 93% de toda la

población regional. Recientemente, países como Guatemala y Perú han re establecido comités que no estuvieron activos durante unos años. Sin embargo, solo 17 de los 23 países cumplen con los 6 criterios para un comité con buen funcionamiento propuesto por la OMS/OPS. Además, hay algunos países con grandes poblaciones que aun tienen que establecer comités.

La OPS ha proporcionado asistencia técnica en forma de capacitaciones y facilitando intercambios técnicos entre los comités desde la década de 1990. En los últimos 5 años, 12 países han trabajado con la OPS para revisar sus términos de referencia y procedimientos operativos estándares. Argentina publicó sus términos de referencia revisados en *Vaccine* como un informe breve el año pasado con el esfuerzo de compartirlo con otros países. En el 2014, 22 de los 23 países que notificaron un NITAG activo con términos de referencia formales. Aunque, la declaración sistemática de los conflictos de intereses por los miembros principales sigue ausente en ciertos países. Cuatro de los 23 países con NITAG no cumplen con los seis indicadores para un NITAG de buen funcionamiento porque estos comités no han introducido estos procedimientos. Aun así, el número de decisiones al nivel nacional apoyado por recomendaciones del NITAG en la Región indica que los gobiernos generalmente reconocen el valor de los NITAG en el aseguramiento de un proceso para la toma de decisiones confiable, transparente y basado en la evidencia.

Este proceso solo es posible con la presencia de un secretariado ejecutivo del NITAG fuerte, dentro de los programas nacionales de inmunización. El secretariado ejecutivo del NITAG es responsable de la preparación del contenido técnico y de los insumos de evidencia requeridos para las deliberaciones de los comités. En este sentido, desde el 2004, la Iniciativa ProVac de la OPS ha apoyado a países en el desarrollo de estos insumos de evidencia para la formulación de políticas de vacunas, especialmente con respecto a la costo-efectividad de vacunas y los datos de impacto. Estos estudios han sido una contribución importante para la toma de decisiones en la introducción de vacunas nuevas. Catorce países han terminado análisis y presentado los resultados de estos análisis a las autoridades nacionales y en mayo de este año (2015), muchos de estos datos fueron publicados en un número especial de la revista *Vaccine*.

Se han hecho avances importantes en el fortalecimiento del proceso de la política de inmunización basada en la evidencia al nivel de país en la Región. Para mantener este progreso y alcanzar los objetivos presentados para esta década, los países tendrán que continuar su compromiso de fortalecer sus comités y establecerlos donde aún no existan. El Caribe de habla inglés es un caso especial donde los países de esta subregión en general trabajan como una entidad subregional en generar políticas armonizadas de inmunización. Este modelo es único en el mundo y los gobiernos de esta subregión podrían considerar el fortalecimiento de la formalidad de este modelo.

Recomendaciones:

- El GTA reitera el rol de asesor independiente de los NITAG para los programas de inmunización y alienta a todos los países en las Américas a que formalmente establezcan estos comités, considerando la guía desarrollada por la OPS.
- Donde los NITAG ya existen, tienen que ser guiados por profesionales independientes usando la evidencia científica disponible para hacer recomendaciones con un proceso transparente y estructurado.

- En el Caribe de habla inglés, hay colaboraciones subregionales existentes sobre el desarrollo de políticas de inmunización. La OPS debe apoyar a países de esta subregión con un esfuerzo coordinado para formalizar esta estructura de asesoría técnica.

Actualización sobre el cólera y la reserva de la vacuna oral contra el cólera

Haití marcó una inversión en la disminución gradual observada año tras año del número de casos de cólera notificados, pues durante los meses de enero a mayo del 2015 registró una cifra más alta que en los mismos períodos del 2014, la cual fue equivalente a la cifra del 2012 y 2013. Entre el 1.º de enero y el 31 de mayo del 2015, se notificaron 17.107 casos de cólera, 13.312 hospitalizaciones (tasa de hospitalización de 78%) y 139 muertes (tasa de letalidad de 0,8%) y estas cifras son respectivamente, tres, cuatro y cinco veces superiores a las del 2014. Durante el mismo período, el Ministerio de Salud Pública y Población Haitiano registró alertas de brotes epidémicos en ocho de los diez departamentos del país, lo cual es indicativo de una circulación intensa y generalizada de *Vibrio cholerae* O1 en la comunidad. El aumento de la incidencia acumulada del 2014 al 2015 se observa en el grupo de niños menores de 5 años y también en el grupo a partir de los 5 años de edad; sin embargo, la incidencia acumulada en los niños es ahora el doble de la incidencia del grupo de mayor edad, pese a que eran equivalentes al comienzo de la epidemia.

De enero a mayo del 2015 se notificaron 273 casos presuntos de cólera y 10 muertes relacionadas con el cólera en la República Dominicana. Como en Haití, el número de casos presuntos se ha incrementado en un 76%, en comparación con el mismo período del 2014, probablemente como consecuencia de la dinámica de transmisión del cólera en el país vecino. En enero del 2015, el Centro de Enlace Nacional del Reglamento Sanitario Internacional del Canadá comunicó la confirmación de un caso de cólera en una persona con antecedente de viaje a Cuba; no se ha notificado ningún otro caso de cólera asociado con Cuba en el 2015. En México se registraron 14 casos de infección por cólera en el 2014 (13 casos en el Estado de Hidalgo y uno en el Estado de Querétaro); no se ha notificado ninguna infección nueva por cólera en México desde enero del 2015.

Con el propósito de responder a la posibilidad de que el cólera se haga endémico en la Isla La Española, se intentó dilucidar si el agente causal del cólera ha establecido un reservorio ambiental en las aguas superficiales en Haití. Al comparar el período de abril del 2013 a marzo del 2014 con el período de los 12 meses anteriores, los investigadores que usan 15 centros centinela en un departamento haitiano encontraron que se ha cuadruplicado el número de muestras de agua que contienen aislados de *V. cholerae* O1 cultivables (9% contra 2%); el número de lugares con una o varias muestras positivas aumentó de 20% a 58%. Los autores propusieron que era probable que la temperatura del agua y la precipitación estacionales estuvieran al origen de estos aumentos. También se está documentando mejor la carga de morbilidad por enfermedad diarreica en Haití, al menos en los niños. En una cohorte prospectiva de 1.245 niños en edad escolar de una localidad, la enfermedad gastrointestinal motivó 278 consultas de 1.000 niños. El agente patógeno de la diarrea más frecuente fue la *Escherichia coli* enteroagregativa (17% de los niños con diarrea), seguida del *V. cholerae* O1 y el norovirus (ambos 7%).

El GTA examinó el uso de la vacuna oral contra el cólera en octubre del 2012, haciendo hincapié en la Isla La Española. Como parte de una iniciativa regional de eliminación de la transmisión del cólera en la isla, el grupo recomendó el despliegue de esta vacuna en Haití, con el fin de atenuar la carga de morbilidad por cólera a corto y mediano plazo, hasta que se alcancen adelantos notables y sostenibles en la infraestructura de abastecimiento de agua potable y saneamiento. Las recomendaciones del GTA se adoptaron en el "Plan Nacional para la Eliminación del Cólera en Haití, del 2013 al 2020," que el Gobierno Haitiano publicó en febrero del 2013. El GTA analizó nuevamente la situación en julio del 2014 y reforzó las recomendaciones anteriores con el objeto de mantener la iniciativa WASH (una iniciativa

encaminada a resolver el desafío mundial del agua potable, el saneamiento y la higiene) como un pilar fundamental de la estrategia integral hacia la meta final de eliminación de la transmisión del cólera. El GTA también reafirmó que la vacunación representa una de las acciones posibles a corto plazo hacia el logro de la meta de eliminación a largo plazo.

En los últimos años, se han documentado la factibilidad y la efectividad de los despliegues reactivos de la vacuna anticolérica oral. La factibilidad y la cobertura administrativa de la primera ronda de vacunación en Haití realizada por dos organizaciones no gubernamentales en el 2012 en un centro rural y un centro urbano se examinaron en la reunión anterior del GTA. En el 2013, el Ministerio de Salud Pública y Población Haitiano con el apoyo de la OPS y el UNICEF llevó a cabo una segunda ronda de vacunación de 120 000 personas en dos poblaciones. Una encuesta de 925 hogares reveló que la cobertura con dos dosis fue 63% y 77%, respectivamente. La cobertura fue 68% y 82% en los niños de un año a 4 años de edad; 78% y 84% en los niños y los adolescentes con edades entre los 5 años y los 14 años; y 56% y 71% en las personas de 15 años y mayores. La tasa de abandono entre la primera y la segunda dosis fue menor en los niños más pequeños y un poco mayor en los adultos. En los adultos, la cobertura fue más alta en las mujeres participantes que en los hombres. La razón principal para no recibir la vacuna fue la ausencia del domicilio durante las horas diurnas cuando se ofreció la vacuna. En el 2014, de agosto a septiembre se realizó una tercera ronda de vacunación y se vacunaron a 300.000 personas adicionales.

Ya ha sido evaluada la efectividad de los despliegues de la vacuna oral contra el cólera (VOC). En 6 meses de vacunación reactiva en dos prefecturas de Guinea (de junio a octubre del 2012), un estudio emparejado de casos y testigos reveló una efectividad de 87% (intervalo de confianza de 95%: de 57% a 96%). Una vacunación incompleta tuvo una efectividad de 43% (no significativo, de 84% a 82%). En un estudio análogo se evaluó de octubre del 2012 a marzo del 2014 la efectividad de la campaña de vacunación anticolérica que había realizado una organización no gubernamental de abril a junio del 2012 en la zona rural de Haití. La efectividad fue 58% (de 13% a 80%) según los certificados de vacunación y 63% (de 8% a 85%) según la vacunación autonotificada. Los resultados concuerdan con los resultados de un amplio estudio aleatorizado por conglomerados llevado a cabo en una zona endémica de Calcuta, en la India, los cuales revelaron una efectividad de 65%, cinco años después de la vacunación. Varias evaluaciones en curso estudian la efectividad de una dosis única (preferible, sobre todo en un despliegue reactivo) y su costo-efectividad, en comparación con el esquema de dos dosis. Como contraparte a la efectividad, es preciso considerar que el impacto de la vacunación con el depende del nivel de la incidencia del cólera en el momento de la vacunación; la repercusión será mayor cuando se vacuna en un momento de mayor incidencia, como en el caso de la vacunación reactiva.

La creación de la reserva mundial de vacuna oral contra el cólera tuvo lugar a finales del 2013. El Grupo Internacional de Coordinación, al cual pertenece la OMS donde ejerce funciones de Secretaría, la gestiona la reserva a manera de fondo rotatorio. Hasta junio del 2015, se aceptaron 17 solicitudes de 10 países (incluyendo una solicitud de Haití) y se desplegaron 1,8 millones de dosis. A pesar de un uso creciente, la producción mundial de vacuna oral contra el cólera no ha seguido el mismo ritmo de la demanda, esencialmente debido a un rendimiento inferior al previsto en la producción de la vacuna más utilizada. En consecuencia, la disponibilidad de vacuna oral contra el cólera en el mercado mundial sigue siendo limitada.

Recomendaciones:

- El GTA refuerza sus recomendaciones anteriores para mantener a WASH (acceso a agua potable, el saneamiento y la higiene) como un pilar fundamental del enfoque integral hacia una meta global de eliminar la transmisión del cólera en la Isla de la Española.
- Haití debe seguir las recomendaciones anteriores del GTA, que también fueron incluidas en el “Plan Nacional para la Eliminación del Cólera en Haití, 2013-2020.” Como parte de esta implementación, Haití puede seguir requiriendo vacunación contra el cólera.
- Dado que la información sobre el impacto de la vacunación contra el cólera en Haití sigue siendo limitada, GTA recomienda estudiar la efectividad de los futuros despliegues de la VOC.

Impacto de la vacunación contra el rotavirus en las Américas

La enfermedad por rotavirus es causada por el rotavirus del grupo A (RVA). El RVA representa un problema importante para la salud pública, y esta asociada a diarreas graves en los niños menores de 5 años en todo el mundo. La enfermedad afecta principalmente a los niños entre los 3 meses y los 36 meses de edad. La enfermedad presenta un amplio espectro clínico que va desde la infección asintomática hasta la deshidratación grave, el choque y la muerte. La enfermedad se caracteriza por diarrea súbita, vómito y fiebre. El cuadro clínico suele ser más grave que el de otros tipos de diarrea, y provoca deshidratación y hospitalizaciones.

Un 95% de los niños con edades comprendidas entre los 3 años y los 5 años se verá afectado por el RVA. En los países con clima templado, la enfermedad alcanza cifras máximas durante los meses de otoño e invierno. Según la OMS, la diarrea por RVA provoca 453.000 muertes en los niños menores de 5 años cada año. En los países de América Latina y el Caribe, antes de la introducción de la vacuna ocurrían 75.000 hospitalizaciones, un millón de consultas médicas y 10 millones de casos de diarrea por RVA.

Hasta junio del 2015, 17 países (Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Perú, Paraguay y Venezuela) y un territorio (Islas Caimán) en América Latina y el Caribe habían introducido la vacuna antirrotavírica, lo cual significa que 92% de la cohorte de nacimiento vive en países cuyo calendario de vacunación incluye la vacuna antirrotavírica. Existen dos vacunas disponibles: la vacuna monovalente humana G1 [P8] (RV1 Rotarix®, GSK) y la vacuna pentavalente humano-bovina G1-G4 [P8] (Rotateq®, Merck). La vacuna monovalente requiere dos dosis (a los 2 meses y los 4 meses) y la pentavalente tres dosis (a los 2 meses, los 4 meses y los 6 meses). El GTA de la OPS recomienda completar el esquema y la vacunación durante el primer año de vida; sin embargo, los países deben seguir desplegando esfuerzos con el fin de administrar las vacunas antirrotavíricas en sus esquemas rutinarios de vacunación, a las edades recomendadas.

Un metanálisis puso en evidencia variabilidad de la efectividad de la vacuna contra el RV1 entre 63,5% y 72,2% según el grupo testigo (De Oliveira y cols., 2015). La efectividad fue mayor en los niños menores de 12 meses, en quienes osciló entre 75,4% y 81,8%. En los niños mayores de 12 meses de edad la efectividad fue de 56,5% a 66,4%. En el Brasil, se observó una disminución de 130.000 hospitalizaciones y 1.500 defunciones por diarrea en un período de tres años, después de la introducción de la vacuna (Do Carmo y cols.). Otros estudios sobre el impacto de la vacunación en El Salvador, Nicaragua y Panamá revelaron una reducción de las hospitalizaciones por diarrea de 48% (Yen y cols., 2011), 23% (Orozco y cols., 2009) y 37% (Molto y cols., 2011). Existen muchos estudios sobre la efectividad y la repercusión de la vacuna antirrotavírica en América Latina y todos indican de manera invariable que la vacuna disminuye de manera significativa las hospitalizaciones y las muertes por diarrea. Se estima que en el 2013 se evitaron cerca de 8.600 muertes debidas al RVA en los 15 países que introdujeron la vacuna antirrotavírica en la Región.

Recomendaciones:

- El GTA recomienda a todos los países que introduzcan la vacuna antirrotavírica, según sus contextos epidemiológicos, al considerar los datos actuales existentes que demuestran una alta efectividad de la vacuna, la costo-efectividad y un efecto notable sobre la reducción de la

morbilidad y la mortalidad por diarrea general y diarrea causada por rotavirus en América Latina y el Caribe.

- Los países deben seguir evaluando la repercusión de la vacuna antirrotavírica con el fin de supervisar adecuadamente la prevalencia de cepas circulantes y las modificaciones en el perfil epidemiológico de la enfermedad.

Vacunación contra la influenza en zonas tropicales

Antecedentes

Las enfermedades causadas por el virus de la influenza y sus complicaciones contribuyen de manera importante a la morbilidad y la mortalidad en la Región de las Américas. Se calcula que en esta Región ocurren entre 40.880 y 160.270 defunciones asociadas con la influenza cada año. La vacunación oportuna y efectiva sigue siendo la mejor medida al alcance para prevenir la influenza grave. Contrariamente a los países de las zonas templadas de las Américas, en los cuales las temporadas de influenza están bien definidas y por lo tanto permiten una planificación óptima de la vacunación, en los países de las zonas tropicales, situadas entre el Trópico de Cáncer y el Trópico de Capricornio y que concentran la gran mayoría de los países de América Latina y del Caribe, ha sido difícil determinar la estacionalidad de la circulación de los virus de la influenza.

Progreso en el uso de la vacuna contra la influenza

La Región de las Américas se caracteriza por un alto uso de la vacuna contra la influenza estacional. Hasta el 2014, 40 de los 44 países y territorios en América Latina y el Caribe contaban con políticas de vacunación contra la influenza siguiendo las recomendaciones más recientes de la OMS y del GTA. En su mayoría, los grupos blanco son los profesionales de salud y los adultos mayores (en 38 países), seguidos de las personas con enfermedades crónicas (en 35 países), las embarazadas (en 27 países) y los niños sanos (en 25 países) o los niños que padecen enfermedades crónicas (en cinco países). Se destaca el gran avance en la vacunación de las mujeres embarazadas pasando de siete países en el 2008 a 27 países en el 2014. Las coberturas de vacunación reportadas presentan una alta variabilidad entre países, observándose desafíos importantes relacionados con la calidad y completitud de los datos— falta de denominadores fidedignos y desafíos operacionales para completar esquemas de dos dosis para niños menores de 9 años que nunca han recibido la vacuna.

Progreso en la evaluación del desempeño de la vacuna contra la influenza

Con tan amplio uso de la vacuna en América Latina y el Caribe (ALC), es importante conocer su desempeño. Existen actualmente pocos estudios de efectividad e impacto de la vacuna de influenza en la región lo cual dificulta mantener o ampliar las inversiones para la vacunación de los grupos blanco recomendados. Teniendo en cuenta que la efectividad de la vacuna contra la influenza varía dependiendo de la edad, del grupo de riesgo, de la exposición previa al virus y de la concordancia entre las cepas de la vacuna y las cepas circulantes, se hace necesario conocer el desempeño de la vacuna de manera sistemática y de forma anual. Dada esas variaciones en la efectividad entre temporadas, una evaluación del impacto de un programa de vacunación contra influenza, necesita evidencia de varios años. Para maximizar el efecto de la vacuna, es necesario concentrar la vacunación antes de la mayor concentración de casos de influenza en el país. Una vacunación tardía puede presentar beneficios mínimos tomando en cuenta los cambios antigénicos del virus, la posible pérdida de inmunidad y la disminución de la efectividad de la vacuna.

Progresos en la definición del carácter estacional de la circulación del virus de la influenza en las zonas tropicales de las Américas

En los últimos años, países de áreas tropicales especialmente en Centroamérica tales como El Salvador, Colombia, Cuba y Costa Rica, han realizado ajustes a sus políticas de vacunación con base en nuevos análisis de estacionalidad incluyendo datos de vigilancia, datos secundarios y uso de diferentes

métodos de análisis, lo cual les ha permitido hacer el cambio de formulación del Hemisferio Norte a Hemisferio Sur y el momento de la vacunación de Noviembre a Abril-Mayo. El análisis de datos de caracterización antigénica de Centro América también sugirió que la vacuna del Hemisferio Sur correspondía a la formulación más actualizada disponible antes del comienzo de las estaciones de influenza. De 33 cepas antigénicas predominantes identificadas en Centroamérica entre el 2002 y el 2014, 21 (64%, 95% CI 47%-80%) coincidieron con la formulación de la vacuna del Hemisferio Sur y 24 (73%, 95% CI 58%-88%) coincidieron con la formulación de la vacuna del Hemisferio Norte.

Recomendaciones:

- El GTA reconoce el progreso de los países en el fortalecimiento de la vigilancia de la influenza y la expansión del uso de la vacuna en toda la Región.
- El GTA también felicita a los países por hacer ajustes a sus políticas de vacunación basados en evidencia, incluyendo cambios en el periodo anual de vacunación y en la formulación más adecuada de la vacuna.
- El GTA insta a los países que continúen generando evidencia sobre la carga de enfermedad, la estacionalidad de la circulación de los virus de influenza, la efectividad de la vacuna y su impacto usando fuentes de datos nacionales y métodos apropiados.
- El GTA también recomienda continuar las estrategias vigentes, vacunando de manera intensiva antes del período que concentra la más alta carga de enfermedad por influenza, alcanzando altas coberturas de vacunación en una campaña única. La vacuna contra la influenza se debe seguir ofreciendo a los que no recibieron la vacuna, a través de los servicios de salud de rutina durante la temporada de influenza.
- El GTA recomienda que los países grandes lleven a cabo análisis subregionales de estacionalidad o que estratifiquen los análisis por microclimas, con el fin de orientar el uso de la vacuna según sea necesario.

Transición al uso de las jeringas autodesactivables

Antecedentes

Las inyecciones son uno de los procedimientos más comunes en el cuidado de la salud, del cinco al diez por ciento de aproximadamente unos 16.000 millones de inyecciones administradas cada año en todo el mundo son destinadas para inmunización.

La práctica de inyecciones seguras en inmunizaciones evita la posibilidad de transmisión de enfermedades como la hepatitis B, hepatitis C, el VIH y la ocurrencia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI). Además promueven la salud ocupacional a los trabajadores de los servicios de salud y evitan un riesgo ambiental a las comunidades. El otro aspecto a considerar es que la práctica de inyección segura como uno de los componentes de la vacunación segura es una de las medidas que garantiza el progreso logrado por los programas de inmunización y por lo tanto tiene un efecto considerable sobre la cobertura de vacunación mundial.

⁷En 1999, la OMS, UNICEF y FNUAP expidieron una política conjunta sobre el uso de las jeringas autodesactivables (AD) en los servicios de inmunización. En este documento se recomienda la adopción por todos los países, que para finales del 2003 implementen el uso de jeringas autodesactivables para la inmunización.

De acuerdo con ésta política se establece el uso de jeringas autodesactivables, decisión que fue decretada por el reuso de jeringas y agujas desechables de un solo uso, práctica que representa un alto riesgo para la salud pública. La comunidad en general está también en riesgo cuando el equipo de inyección es usado y luego no es descartado con seguridad. Las jeringas autodesactivables presentan un menor riesgo en la transmisión de enfermedades persona a persona debido a que no pueden ser reutilizadas, ya que tienen un mecanismo que inhabilita la jeringa a usos posteriores.

La política de la OMS está centrada en el uso de las jeringas autodesactivables, las cuales son precalificadas después de un proceso de revisión de los dosieres. La OMS en colaboración con ⁸ISO han desarrollado los estándares de calidad.

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) continúan con el uso de jeringas desechables (convencionales) adquiridas por la OPS a través del Fondo Rotatorio para los programas de

⁷ Esta política conjunta revisa y reemplaza la declaración sobre la normativa OMS UNICEF para las campañas de inmunización masivas, WHO/EPI/LHIS/97.04Rev.1. Es emitida por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza (Departamento de Vacunas y Productos Biológicos), El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) División de Programas, Nueva York, Estados Unidos y División de Suministros de la UNICEF, Copenhague, Dinamarca y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York. Esta política también es la práctica adoptada de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en sus procedimientos.

⁸ Estándares para las jeringas autodesactivables (ISO 7886-3; 7886-4, en inglés), especificaciones de desempeño (E8/DS1 and DS2 – OMS, en inglés).

inmunización. Para garantizar la calidad de las jeringas y agujas se necesita hacer la verificación a través de pruebas de laboratorio. La OPS también apoya a los países en generar capacidad de verificación.

⁹Las recomendaciones propuestas por el Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS, en la XIII reunión convocada en Canadá, abril 1999 respecto a inyecciones seguras son las siguientes:

- La única manera para asegurar que el equipo de inyección no sea reutilizado, es mediante el uso único de jeringas autodesactivables.
- Todos los trabajadores de salud deben estar informados del peligro que representa el volver a tapar las agujas.
- Todos los países que usen o introduzcan jeringuillas desechables de uso único para la administración de vacunas deben adquirir fondos para: la compra de suficientes jeringuillas y cajas para agujas desechables, supervisión para documentar el desecho seguro de jeringas, y para la recolección/incineración apropiada del equipo usado.
- La OPS debería apoyar estudios de desarrollo de nuevas tecnologías para la aplicación de inyecciones seguras.

La OPS en línea con la política de la OMS ha iniciado la promoción del uso de jeringas autodesactivables, la adquisición y uso de estas se ha ido dando de una manera progresiva de acuerdo con la capacidad de los países, previamente a su introducción se ha brindado capacitación en el manejo y uso adecuado de estos nuevos diseños de jeringas, la OPS ha sensibilizado a todos los gestores involucrados en el proceso de vacunación en los beneficios que se obtienen en cuanto a seguridad del paciente y profesionales de la salud. Con base en las capacitaciones en el uso adecuado de jeringas AD y buenas prácticas de inyección segura los países han realizado una transición parcial introduciendo jeringas AD en el programa, que al 2005 habían solo 5 países y al 2015 hay 14 países. Actualmente hay 2 países usando sólo jeringas AD, los otros realizan una adquisición mixta de jeringas AD y convencionales.

Los beneficios en el uso de jeringas AD son:

1. Disminuye el riesgo del reuso, seguridad del paciente y trabajadores de la salud, como también de la comunidad.
2. Técnicamente las jeringas AD vienen graduadas con escala única según dosis a administrar, lo que disminuye el riesgo de administrar menos o más dosis de vacuna.
3. Otra ventaja es que tienen menos espacio muerto, lo que permite menos remanente de vacuna quede en el cono de la aguja, menos desperdicio de vacuna.

La OPS fortaleció los mecanismos de adquisición de jeringas, no sólo en la revisión de documentos y verificación del cumplimiento de los requerimientos establecidos a los proveedores, también efectuar la verificación de calidad a través de la realización de pruebas bajo estándares específicos de fabricación, diseño y calidad.

Las prioridades de la OPS son:

⁹ Recomendaciones del GTA, XIII reunión Canadá, abril del 1999.

- Promover la práctica de inyección segura como uno de los componentes de la vacunación segura.
- Introducción de nuevas tecnologías, jeringas autodesactivables
- Garantizar la calidad de las jeringas.
- Desarrollar capacidad de verificación de calidad en los países
- Capacitación en el manejo del riesgo, manejo de nuevas tecnologías, disposición final de residuos punzo-cortantes
- Brindar cooperación técnica en el seguimiento de las buenas prácticas de inyección segura, en la eliminación de desechos punzo-cortantes de manera segura
- Proporcionar asistencia técnica a los países para evaluar la calidad de las jeringas, como también desarrollar e implementar una política nacional de inyección segura.

La OPS, a través del PAI y el FR, adquiere anualmente un volumen promedio de 188.224.000 jeringas, representado en 69% de jeringas convencionales y 31% de jeringas autodesactivables, para los PAI de los países de la Región. Para garantizar la calidad, efectividad y seguridad de las jeringas y otros productos utilizados en el programa, la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS (FGL/IM) realizó un análisis de los procesos de planificación, adquisición y distribución, uso y descarte de las jeringas convencionales y autodesactivables. El análisis arrojó como resultado la necesidad de establecer un plan de acción que permita validar el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad, seguridad, y los lineamientos de la OMS para estos productos, como también desarrollar la capacidad institucional en los países para realizar las pruebas de verificación de la calidad a las jeringas.

Recomendaciones:

- El GTA recomienda que para el final del 2020 todos los países deberán usar en la vacunación solo jeringas autodesactivables para la vacunación.
- Se debe realizar capacitación sobre el uso de las jeringas autodesactivables antes de introducir la nueva tecnología.
- Los países deben planificar con la asistencia de la OPS las actividades de capacitación, supervisión y sensibilización.
- Todos los países deben cumplir y reforzar las buenas prácticas de inyección segura y la gestión de eliminación segura de los desechos.
- Todos los países que usan jeringas convencionales o que introducen las jeringas autodesactivables en la administración de las vacunas deben buscar el financiamiento para:
 - La compra suficiente de jeringas y cajas de seguridad que permita una eliminación segura de las jeringas y los objetos punzo-cortantes.
 - Documentación sobre la eliminación segura de las jeringas.
 - Apropiaada recolección/incineración adecuada de los materiales de inyección utilizados.

Control y eliminación de la hepatitis B en las Américas

La infección por el virus de la hepatitis B es una de las principales causas de mortalidad por enfermedades infecciosas en el mundo y se calcula que ocurren cerca de cuatro millones de infecciones nuevas y 780.000 defunciones causadas por este virus cada año. La hepatitis B es una enfermedad prevenible por vacunación. La OMS calcula que a nivel mundial más de dos mil millones de personas están infectadas por el virus de la hepatitis B, de las cuales 240 millones presentan una infección crónica. La mayoría de los casos de morbilidad y mortalidad por este virus ocurre como consecuencia de una infección crónica: ya sea la cirrosis o el carcinoma hepatocelular. Se calcula que de 15% a 25% de las personas con infección crónica morirán prematuramente por cirrosis o carcinoma hepatocelular asociados con este virus.

El riesgo de infección crónica está inversamente asociado con la edad en el momento de la infección. La infección crónica se presenta hasta en 90% de los lactantes infectados durante el período perinatal, en 20% a 60% de los niños pequeños infectados después del período perinatal hasta los cinco años de edad y en menos de 5% de los niños, adolescentes y adultos con infecciones contraídas después de los cinco años de edad. A nivel mundial, dos terceras partes de las defunciones relacionadas con el virus de la hepatitis B son consecuencia de una infección contraída en el período perinatal y en la primera infancia, lo cual destaca la necesidad de una vacunación sistemática de los lactantes, cuya primera dosis administrada al nacer, representa la piedra angular de la estrategia de prevención.

A nivel de las Américas, la infección por el virus de la hepatitis B no se distribuye de forma homogénea. La prevalencia de infección crónica según las mediciones de seroprevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) en niños de los 5 a 9 años de edad en las Américas varía de baja (menos de 2% en Brasil, Canadá y los Estados Unidos) a baja-intermedia (de 2% a 4%, en Argentina, Chile, Colombia y México) hasta alta-intermedia (de 5% a 7% en Bolivia, Ecuador y Perú). En un mismo país se pueden observar diferencias étnicas, geográficas y socioeconómicas en la prevalencia de la infección.

La OMS elabora actualmente una Estrategia Mundial del Sector de la Salud, para el período 2016-2021 sobre las hepatitis virales que planea presentar en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2016. Esta estrategia mundial responde a solicitudes específicas incluidas en la resolución WHA67.6 del 2014, en las cuales se pide a la OMS que evalúe la factibilidad de la eliminación de las infecciones por el virus de la hepatitis B como problema de salud pública.

La OMS está promoviendo la eliminación de la infección por el virus de la hepatitis B en el año 2030. La factibilidad de la eliminación del virus se determinó mediante estudios de modelización. A partir de los resultados de estos estudios se fijaron las metas que incluyen eliminar el virus de la hepatitis B en el 2030 a través de la asociación de una alta cobertura de vacunación rutinaria de los lactantes con tres dosis, una alta cobertura con la dosis del recién nacido y la ampliación de escala de los servicios de tratamiento a las personas con infección crónica por el virus. La eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el virus de la hepatitis B se considera un hito en el camino hacia la eliminación del virus. Cabe destacar que la Región de las Américas está comprometida con una Iniciativa Doble de Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la sífilis.

Tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B, con una primera dosis administrada en las primeras 24 horas de vida, y las demás dosis aplicadas según el esquema recomendado, pueden prevenir cerca de 95% de los casos. Actualmente, las recomendaciones de la OMS y del SAGE para reducir la transmisión del virus en el periodo perinatal y la primera infancia recalcan la importancia de una dosis de la vacuna contra la hepatitis B al nacimiento, administrada en las primeras 24 horas, seguida de dos o tres dosis para completar el esquema. La profilaxis con la gammaglobulina antihepatitis B, conjuntamente con la vacuna puede ofrecer una ventaja adicional mínima a los recién nacidos cuyas madres son positivas frente al HBsAg, sobre todo cuando son también positivas frente al antígeno e del virus (HBeAg). Sin embargo, el uso de la gammaglobulina no es factible en la mayoría de los países, debido a aspectos operativos del programa (tamizaje basado en el laboratorio con el fin de detectar a las madres positivas frente al HBsAg) y al suministro y el costo de la gammaglobulina.

En la guía para la Prevención, la Atención y el Tratamiento de las Personas con Infección Crónica por Hepatitis B publicada en el 2015, la OMS recomendó el tratamiento de las embarazadas con tenofovir, pero no formuló ninguna recomendación sobre el uso sistemático del tratamiento con antivirales para prevenir la transmisión materno-infantil del virus de la hepatitis B.

En las Américas en el 2014, la cobertura regional con tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B en los niños menores de un año de edad fue 90%. Sin embargo, solo 18 de 44 países y territorios en la Región incluyen actualmente una dosis al nacimiento de esta vacuna en el esquema nacional de vacunación del lactante (fuente: Formularios de Notificación Conjunta de la OMS y el UNICEF).

Dado que la OMS está examinando la factibilidad de la eliminación del virus de la hepatitis B como una meta en el 2030, la Región de las Américas debe considerar estrategias de control a nivel regional y nacional, con una estrategia global de alta cobertura de vacunación con tres dosis e la implementación de la vacunación del recién nacido así como el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B y debe progresar hacia la interrupción de la transmisión materno-infantil de este virus, como un hito hacia eliminación del virus de la hepatitis B.

Recomendaciones:

- **Coordinación**

- La OPS debe seguir trabajando con el grupo interprogramático, que une a los servicios de salud materno-infantil, el Centro Latinoamericano de Perinatología, las unidades de Inmunización, de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, la Salud Ocupacional y la Oficina Legal, entre otros, con el propósito de apoyar a los Estados Miembros en la evaluación de la factibilidad de la eliminación del virus de la hepatitis B como un problema de salud pública. La OPS también debe apoyar el desarrollo de estrategias y el reconocimiento de las brechas, que se deben superar para alcanzar la meta en el 2030.

- **Vacunación y supervisión**

- El GTA recuerda a los países introducir la dosis de la vacuna contra la hepatitis B del recién nacido, en las primeras 24 horas de vida en los países que aun no la han introducido.
- Los países deben monitorear la administración de la dosis del recién nacido en las primeras 24 horas y alcanzar como mínimo una cobertura de 80% en todos los países.

Reunión XXIII del GTA
Varadero, Cuba

- Los países deben documentar la prevalencia de infecciones por hepatitis B en mujeres embarazadas además de reforzar la vigilancia de las hepatitis.
- El GTA reitera sus recomendaciones anteriores sobre la vacunación contra la hepatitis B en niños, trabajadores de salud y otros grupos de alto riesgo.
- La OPS y los países deben evaluar su estado actual de control de hepatitis B y la factibilidad de la eliminación de la hepatitis B, para que el GTA pueda revisar su progreso y la factibilidad de eliminar la hepatitis B al nivel regional.