



GRUPO ASESOR TÉCNICO

SOBRE ENFERMEDADES

PREVENIBLES

POR VACUNACIÓN

XV REUNIÓN • WASHINGTON, D.C., EUA
22-23 DE NOVIEMBRE DE 2002

*Municipios: Mejorando los
servicios de inmunización*

Celebrando 100 Años de Salud

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

RECOMENDACIONES FINALES

22 y 23 de noviembre de 2002, Washington, DC

Recomendaciones generales

Con el reconocimiento de los importantes avances realizados en las Américas para lograr la interrupción de la transmisión del sarampión endémico, el control acelerado de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), la interrupción de la transmisión de la poliomielitis provocada por la vacunación en La Española, la disminución continua en la incidencia del tétanos neonatal, la difteria y la fiebre amarilla y la introducción rápida de una vacuna nueva contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) ratifica las siguientes recomendaciones generales:

- Los países deben alcanzar una cobertura de vacunación de $\geq 95\%$ con todos los antígenos en cada uno de los municipios, tanto en los programas corrientes de vacunación como en las campañas.
- Según sea oportuno, los países deben ejecutar y comprobar el cumplimiento de las leyes de vacunación de los escolares que establecen la obligatoriedad de verificar los registros de vacunación de acuerdo con el esquema de vacunación nacional en el caso de niños que ingresan al nivel preescolar y escolar.

Sarampión

Avances en el control de la transmisión del sarampión

Se han realizado avances notables en las Américas para alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión. El compromiso político, financiero y social ininterrumpido y estrategias sólidas han transformado la interrupción del contagio del sarampión endémico en las Américas en una meta realizable.

Durante 2001, sólo tres países en el continente americano presentaron transmisión del sarampión endémico: República Dominicana, Haití y Venezuela, con un nivel bajo sin precedentes de 541 casos confirmados de sarampión. En mayo y septiembre de 2001, respectivamente, República Dominicana y Haití interrumpieron la transmisión del sarampión, con lo cual concluyeron eficazmente la transmisión autóctona conocida del virus del sarampión de tipo D6. Este genotipo había circulado ampliamente en la Región desde al menos 1995, lo cual produjo un brote regional en los siguientes países: Brasil, Argentina, Bolivia, República Dominicana y Haití. En septiembre de 2001, a través de la importación de Europa, se introdujo un genotipo nuevo de sarampión, D9, en Venezuela. La epidemia se propagó a la vecina Colombia en enero de 2002. Hasta noviembre de 2002, se había confirmado un total de 2.495 casos en Venezuela y 128 casos en Colombia. Al cabo de campañas sustanciales de vacunación en ambos países, los últimos casos confirmados notificados en Colombia y Venezuela aparecieron el 6 de septiembre y el 30 de octubre de 2002, respectivamente.

Los esfuerzos en los próximos años necesitarán centrarse en el logro y el mantenimiento de una cobertura alta de vacunación antisarampionosa corriente en todos los municipios, y un nivel alto de inmunidad de la población en grupos de alto riesgo para evitar la reanudación de la transmisión endémica después de las importaciones. La meta continúa siendo lograr y mantener la cobertura de 95% en los municipios de los países.

La ejecución plena de la estrategia recomendada de la OPS en todos los países sigue siendo la clave de los esfuerzos para lograr la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión. Los países que no han logrado llevar adelante campañas oportunas de vacunación *de seguimiento*, o mantener niveles altos de inmunidad inducida por la vacunación, han padecido grandes brotes después de las introducciones del sarampión.

Iniciativas mundiales en contra del sarampión

El GTA encomia los esfuerzos conjuntos de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la colaboración de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, en el lanzamiento del Plan Estratégico 2001-2005, el cual apunta a reducir la mortalidad mundial por el sarampión y lograr su eliminación a nivel regional.

Enseñanzas extraídas

Dado que el sarampión es sumamente endémico en otras regiones del mundo, las Américas continúan bajo amenaza constante de importación del virus del sarampión desde otras regiones donde persiste la endemidad. Las importaciones de sarampión han producido brotes en Argentina, Bolivia y República Dominicana en 1998-1999, en Haití en 2000-2001 y en Venezuela en 2001-2002. Las importaciones son inevitables; por consiguiente, la estrategia principal para evitar que se reanude la transmisión del sarampión endémico es mantener la inmunidad más alta posible de la población mediante la cobertura de vacunación alta en todos los municipios.

Las enseñanzas extraídas de los brotes recientes después de las importaciones han destacado que las zonas periurbanas densamente pobladas y subatendidas con nivel alto de inmigración procedente de las zonas rurales presentan el riesgo más alto de brotes de sarampión, principalmente debido a la acumulación de un número elevado de personas susceptibles, especialmente niños pequeños no vacunados. En algunas zonas ha surgido una sensación falsa de seguridad porque la cobertura obtenida mediante el método administrativo ha sido sustancialmente mayor a la cobertura obtenida a través del monitoreo casa por casa.

Otra lección fundamental a partir de los brotes recientes insta a la formulación de métodos de supervisión sólidos y responsables y herramientas para mejorar la evaluación de las actividades de vacunación y vigilancia, en particular al nivel local. La experiencia en las Américas demuestra que los programas con supervisión sistemática y minuciosa, incluida la identificación de casos activos, el monitoreo casa por casa y el seguimiento, pueden interrumpir satisfactoriamente la transmisión del sarampión.

Las investigaciones de brotes realizadas en la Región siguen indicando que el grupo de riesgo más alto para el sarampión comprende a niños pequeños no vacunados. Otro grupo con alto riesgo de contraer o transmitir la enfermedad incluye a los trabajadores de salud, especialmente aquellos que se desempeñan en salas de urgencias o que tratan a niños gravemente enfermos.

Otra observación importante ha sido la notificación tardía persistente de casos en algunas zonas, así como la participación insuficiente de los prestadores del sector privado en iniciativas de vigilancia. Esto ha afectado a la capacidad de un país de detectar brotes de sarampión y aplicar medidas de control de manera oportuna.

Los municipios grandes en la Región son motivo de gran preocupación dado que, debido a la alta densidad de población y un gran número de inmigrantes de las zonas rurales, presentan el mayor riesgo de mantener la transmisión del sarampión, si este se introdujera. Dentro de estos municipios, probablemente haya subgrupos de alto riesgo (caracterizados por acceso limitado a servicios de salud, pobreza, densidad de población alta y gran número de inmigrantes).

Recomendaciones

Con el reconocimiento de los adelantos importantes logrados en las Américas hacia la interrupción de la transmisión del sarampión endémico, y sobre la base de las enseñanzas extraídas de los brotes recientes, el GTA ratifica sus recomendaciones expedidas durante la reunión de 2000.

- Los directores de programas de vacunación deben identificar las zonas que se enfrentan a alto riesgo de brotes, como barriadas pobres, subatendidas, densamente pobladas en las afueras de ciudades grandes con inmigración alta desde las zonas rurales. Debe evaluarse la cobertura administrativa de vacunación en estas áreas mediante las herramientas estandarizadas de supervisión de la OPS. Las intervenciones de vacunación deben ejecutarse en las zonas con cobertura baja. A fin de mejorar la cobertura general de vacunación, los países deben identificar los municipios que no alcanzan la cobertura media nacional e implantar estrategias encaminadas a incrementar la cobertura. Es necesario dirigir esfuerzos para reducir el número de oportunidades perdidas, vacunación suplementaria (de barrido) y otros esfuerzos de extensión. El progreso debe evaluarse mediante supervisión y validación periódicas de los niveles de cobertura a través del monitoreo rápido en cada una de las casas. Deben emprenderse proyectos piloto con el propósito de elaborar métodos válidos y operativamente factibles que identifiquen a estas poblaciones de alto riesgo, y crear medios eficaces para mejorar la cobertura. La repercusión sobre los niveles de cobertura específicos al centro y la comunidad debe evaluarse antes y después de la intervención. En la próxima reunión del GTA se presentarán resultados de estos proyectos piloto .
- Los países deben concentrar esfuerzos especialmente en la vacunación de los trabajadores de salud que se desempeñan en salas de urgencias o que tratan a niños gravemente enfermos.
- Deben llevarse a cabo iniciativas especiales para comprender mejor la epidemiología de las importaciones de sarampión, y los factores que contribuyen a mantener brotes grandes, incluidos los entornos principales de transmisión.

Rubéola

Ya se han obtenido beneficios de la mayor atención que se confiere a la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región, emanada de las recomendaciones del GTA de 1997, el cual instó a poner en práctica de manera inmediata una iniciativa regional que fortaleciera los esfuerzos de prevención de la rubéola y el SRC al reducir la circulación generalizada del virus de la rubéola. En la reunión del GTA celebrada en Canadá en 1999, se elaboró una estrategia acelerada para el control de la rubéola y la prevención del SRC para las Américas, la cual siguió las campañas masivas exitosas de vacunación de adultos contra la rubéola en el Caribe de habla inglesa y Cuba. La estrategia incluye vacunar a adultos, tanto hombres como mujeres, junto con la introducción de la vacuna contra la rubéola en los programas nacionales de vacunación infantil. La principal justificación de una estrategia acelerada de vacunación es reducir el tiempo requerido para interrumpir la circulación del virus de la rubéola y prevenir la aparición del SRC. La mayoría de los países de la Región ya han ejecutado la vacunación infantil ordinaria contra la rubéola, mediante la cual se protege a los niños menores de un año de edad. No obstante, esta estrategia de vacunación probablemente requiera 20 años para controlar el SRC, dado que varias cohortes de mujeres en edad reproductiva seguirán siendo susceptibles al virus de la rubéola.

Chile, Costa Rica, Brasil y Honduras han realizado campañas de vacunación masiva en adultos para el control acelerado de la rubéola y la prevención del SRC: Brasil y Chile han dirigido estas campañas a mujeres solamente; Costa Rica y Honduras han llevado a cabo campañas contra la rubéola que incluyeron a hombres y mujeres. Se está obteniendo conocimiento fundamental para guiar la formulación adicional de estrategias satisfactorias (cobertura $\geq 90\%$) y sostenibles para la vacunación de los adultos. El SRC se reconoce actualmente como un grave problema de salud pública, pero datos de vigilancia limitados aún constituyen un motivo de preocupación dado que subestiman la verdadera carga de morbilidad y complican la evaluación del éxito de la iniciativa. Además, es bajo el número de casos clínicos de rubéola que se confirman mediante pruebas de laboratorio, y son escasas las muestras virológicas que se presentan para la tipificación molecular. Necesitan fortalecerse los esfuerzos de seguimiento de las mujeres embarazadas que han contraído la rubéola.

Recomendaciones

Estrategias de vacunación

- Se insta a todos los países a prevenir la circulación del virus de la rubéola, lo cual producirá una reducción del SRC. La mejor manera de lograrlo es mediante la reducción del número de personas susceptibles, lo cual disminuye la transmisión. En consecuencia, los países deben realizar una campaña masiva única para la vacunación tanto de hombres como de mujeres. Debe determinarse el grupo de edad que se vacunará según las características epidemiológicas del país. Sin embargo, los grupos

beneficiarios deben incluir a niños que tal vez no se vacunaron en el programa ordinario, por ejemplo, niños de >5 años de edad y adultos de ambos sexos. Es necesario determinar el límite superior de edad a partir de las características de la fecundidad y la susceptibilidad prevista. Los países que realizan campañas exitosas han empleado límites superiores de edad que oscilan entre 29 y 39 años.

- Se necesitan más esfuerzos específicos para reducir el número de mujeres en edad fértil susceptibles a la rubéola. Las estrategias de inmunización dirigidas a las puérperas, las mujeres que concurren a consultorios de planificación de la familia, así como aquellas en escuelas y el lugar de trabajo pueden utilizarse para su protección.

Vigilancia

- La vigilancia de la rubéola debe integrarse completamente a la vigilancia del sarampión.
- La vigilancia del SRC debe fortalecerse en toda América mediante la colaboración con el Sistema Regional de Información Perinatal (SIP 2000) del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC). Debe hacerse especial hincapié en asegurar que se realicen investigaciones minuciosas de las mujeres embarazadas que padecen rubéola y que sus bebés recién nacidos reciban evaluaciones detalladas de seguimiento.

Red de Laboratorios para el Sarampión y la Rubéola

En la gran mayoría de los casos presuntos de sarampión y rubéola en la Región se recogen muestras apropiadas de suero. En general, los indicadores de laboratorio regionales demuestran que la red de laboratorios se desempeña a un nivel alto. Además, los resultados de pruebas de paneles de control de la calidad revelan un nivel muy alto de competencia por parte de los laboratorios. Sin embargo, se observan varias áreas de preocupación. En primer término, son pocos los países que han podido garantizar que 80% de las muestras llegue al laboratorio de manera oportuna. En segundo término, es extremadamente bajo el número de muestras para aislamiento del virus que son recogidas y analizadas para establecer la presencia de sarampión por la red. Se analizan incluso menos muestras para el aislamiento del virus de la rubéola. Esto puede deberse parcialmente a la necesidad de una mayor coordinación y comunicación entre los clínicos, los epidemiólogos y los laboratoristas. Independientemente, el aislamiento del virus es fundamental para asegurar la determinación de los genotipos, evaluar el programa contra el sarampión en la fase posterior a la eliminación, así como determinar el grado de transmisión de la rubéola en el continente.

Por último, es importante recordar que los países deben prever la existencia de casos positivos falsos de laboratorio. Con este fin, se cuenta con procedimientos de

laboratorio que establecen los resultados de laboratorio que son positivos falsos. Además, continúa la confusión con respecto al manejo adecuado de casos recientemente vacunados que se identifican, como era de esperar, como IgM-positivos. La OPS también ha publicado normas para el manejo adecuado de tales casos.

Recomendaciones

- Los directivos nacionales deben asegurar que las normas recomendadas por la OPS para la evaluación de la enfermedad exantemática relacionada con la vacunación cuenten con el seguimiento necesario, a fin de establecer la clasificación final de tales casos. Los directivos no deben suponer que una afección exantemática en un caso recientemente vacunado es siempre resultado de la vacunación. Todos los casos que son positivos en el laboratorio deben investigarse minuciosamente para asegurarse de que no se trate de sarampión ni rubéola, como por ejemplo determinar si existen posibles casos fuente con exantema y fiebre, y si hubo transmisión posterior.
- Se debe encomiar la participación de los laboratorios nacionales en las pruebas realizadas por los paneles de control de la calidad, así como sus resultados. Los laboratorios necesitan seguir participando en estos programas de control de la calidad. Los directores del programa deben procurar que todos los sueros de presuntos casos sean examinados para detectar anticuerpos tanto del sarampión como de la rubéola. Además, es necesario hacer especial hincapié en la recogida de muestras para el aislamiento del virus y las medidas prácticas necesarias, a fin de garantizar que se tomen muestras adecuadas y se envíen según corresponde.

Poliomielitis

Los países han emprendido esfuerzos sustanciales luego del brote del poliovirus tipo 1 provocado por la vacuna de Sabin en La Española en 2000-2001. Los primeros casos de poliomiélitis debida al poliovirus tipo 1 contenido en la vacuna se notificaron en octubre de 2000 en la República Dominicana. Se confirmaron un total de 13 y 8 casos en la República Dominicana y Haití, respectivamente. Todos los casos se manifestaron en individuos vacunados inadecuadamente o no vacunados. El brote fue el resultado de la circulación prolongada del poliovirus derivado de la vacuna en zonas con cobertura de vacunación muy baja con la vacuna oral (VOP) y condiciones higiénicas deficientes. Esto permitió a los virus derivados de la VOP mutar hacia la virulencia y empezar a circular. La intensificación de las actividades nacionales de vacunación en ambos países, unida a la vigilancia y la búsqueda activa de casos presuntos, han evitado que este virus mutante sirga propagándose. Los últimos casos notificados de poliomiélitis debida al poliovirus contenido en la por vacuna se presentaron en enero de 2001 en la República Dominicana, y en julio de 2001 en Haití.

El GTA respalda la necesidad de reducir al mínimo la presunta reintroducción del poliovirus salvaje mediante la contención de cepas del virus de la poliomiélitis en los laboratorios. Algunos países en la Región de las Américas han iniciado la fase 1 del plan, correspondiente a la elaboración de un inventario de laboratorios nacionales que pueden haber almacenado el poliovirus salvaje o materiales presuntamente infecciosos y el inventario de estos materiales. El GTA recibió un informe sobre contención y toma nota de los avances que se han realizado en las actividades de contención en la Región.

En respuesta al brote provocado por la vacunación en 2000-2001, la OPS recomendó que los países emprendieran un análisis del riesgo de no lograr detectar la circulación del poliovirus, sobre la base del desempeño de los sistemas nacionales de vigilancia en los cinco últimos años, y el nivel de la cobertura de vacunación con VOP alcanzado durante esos mismos años. Esto ha destacado la necesidad de realizar evaluaciones al nivel local para identificar variaciones dentro de los países. Durante los cinco últimos años, la cobertura de vacunación regional con vacuna antipoliomielítica oral se ha mantenido por encima de 85%. Sin embargo, la cobertura de vacunación local indica que sólo 46% de los municipios notificaron cobertura de $\geq 95\%$ en 2000, y 44% en 2001. Los países con municipios cuya cobertura es baja contribuyen a la formación de focos de personas susceptibles. Actualmente, muchos países no están logrando cumplir con los indicadores fundamentales para la vigilancia de la parálisis flácida aguda. Otra inquietud es el hecho de que casi 20% de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) carecen de una muestra adecuada y, por consiguiente, deben clasificarse como casos compatibles, mientras que sólo se notifican 15-20 casos compatibles anualmente.

Recomendaciones

- El GTA señala que se está descartando un número alto de casos de PFA sin haber hecho una evaluación adecuada o sin análisis de las heces. Los países de la Región deben seguir usando el sistema recomendado para la clasificación de casos de PFA y establecer un grupo o comisión nacional de expertos. Esta comisión debe escrutar detenidamente esos casos sin una muestra adecuada de heces con la finalidad de determinar la causa de la parálisis.
- Los países deben mantener la vigilancia de normas de certificación. Deben dirigirse esfuerzos especiales al mejoramiento de la vigilancia, particularmente en aquellos países cuya tasa de PFA no poliomiéltica ha descendido por debajo de 1/100.000.

Tétanos neonatal

Un solo caso de tétanos neonatal en las Américas debe considerarse un fracaso de los servicios de salud y estará sujeto a evaluación para determinar la manera en que puede prevenirse. La incidencia del tétanos neonatal continúa su tendencia descendente en la Región. El número informado de casos fue de 120 en el año 2000. La enfermedad está ahora confinada a menos de 1% de todos los distritos en las Américas. Las características epidemiológicas siguen indicando que los casos se presentan predominantemente entre lactantes en zonas rurales hijos de mujeres multíparas, quienes suelen carecer de atención prenatal, no están vacunadas y en su mayoría tuvieron el parto en el hogar.

Las iniciativas en los últimos años han sido determinadas por condiciones epidemiológicas y sociales asociadas con los casos remanentes, como migración, marginalidad e incidencia en zonas remotas, con hincapié en la selección de zonas geográficas de alto riesgo. Los programas se han centrado en el aprovechamiento de todas las oportunidades para vacunar a mujeres embarazadas o en edad fecunda al momento de entrar en contacto con un establecimiento de salud. Las características epidemiológicas del tétanos neonatal se han modificado. Ahora las actividades deben pasar de la focalización en zonas geográficas a la utilización de factores de riesgo, a fin de guiar las intervenciones.

La situación del tétanos neonatal en Haití es particularmente preocupante. El sistema regular de notificación informa alrededor de 40 casos por año. Hasta mediados de 2002, Haití había notificado 15 defunciones debidas a esta causa. El país presenta más de 50% de los casos de tétanos neonatal que ocurren en las Américas. La mayoría de estos casos se manifiestan entre madres multíparas, sin atención prenatal, que dieron a luz en el hogar y sin inmunización antitetánica. Las encuestas anteriores han apuntado hacia la subnotificación generalizada, y el número real de casos podría ser 10 veces mayor al de aquellos notificados. Parte del problema es que el programa de vacunación regular cubre sólo una proporción pequeña de mujeres en edad fecunda. Una encuesta llevada a cabo en 2000 ha indicado que sólo 25% de mujeres embarazadas había recibido 2 dosis de la vacuna con el toxoide tetánico (TT). El Ministerio de Salud y Población elaboró un plan para la eliminación del tétanos neonatal que entrará en vigencia a principios de 2003. Los esfuerzos de Haití deben apoyarse plenamente.

Recomendaciones

- Deben llevarse a cabo actividades especiales de vacunación y vigilancia dentro de los municipios y focos subatendidos que aún notifican casos aislados de tétanos neonatal. La vacunación con Td debe integrarse en los servicios de salud materna y hacer hincapié en que la vacuna esté a disposición de las parteras para su uso.

- Se puede reducir marcadamente el número de oportunidades de vacunación perdidas con la administración de Td a todas las madres que visitan un centro de salud por cualquier motivo.

Difteria

La incidencia de la difteria se ha reducido significativamente en las Américas como producto de una mayor cobertura de vacunación. En 1978, se notificaron 6.857 casos, el número más alto registrado en la Región, desde la recopilación inicial de datos. Los casos han descendido gradualmente con respecto a esa cifra máxima, con 113 casos en 2000 y 68 casos informados en 2001. En la semana epidemiológica 40 de 2002, se notificaron 164 casos. La cobertura media de vacunación con DPT3 ha sido de 88%; sin embargo, 47% de los municipios notifican una cobertura inferior a 95%. Brotes recientes en la Región, en Colombia en 2000 y en el Paraguay en 2002, indican que la mayoría de los casos se manifiesta entre la población de escasos recursos que carece de acceso a servicios de vacunación o que no ha recibido todas las dosis recomendadas, incluidos niños en edad escolar y adultos jóvenes. Las personas en riesgo se han identificado como personas que viven en zonas periurbanas y marginadas.

Recomendaciones

- El personal sanitario debe ponerse al corriente sobre la vigilancia de la difteria, la investigación adecuada de casos, el tratamiento y las medidas de control.
- En circunstancias de brote, las actividades de vacunación deben incluir la administración de dos dosis de Td con espaciamiento de un mes a todos los grupos de edad afectados, incluidos, si corresponde, niños en edad escolar y adultos en una zona geográfica amplia.

Fiebre amarilla

Si bien continúan presentándose casos de fiebre amarilla selvática en países ubicados dentro de la zona donde la enfermedad es enzótica, se ha observado una disminución en los casos notificados en los cuatro últimos años como resultado de medidas preventivas recomendadas adoptadas por los países con endemidad, especialmente en Bolivia y Brasil. Todos los casos hasta el presente se manifestaron en zonas rurales, pero algunos han llegado a ciudades infestadas por *Aedes aegypti* para diagnóstico y tratamiento. La distribución generalizada de *A. aegypti* en zonas urbanas plantea inquietudes sobre el establecimiento de la transmisión urbana, a menos que se logre el control más eficaz de las enfermedades en zonas de enzooticidad y entre los visitantes a estas zonas.

Recomendaciones

- Los países deben seguir fortaleciendo la vigilancia de los casos clínicos compatibles con la fiebre amarilla, con el propósito de asegurar la aplicación expedita de medidas de control. La vigilancia del síndrome icterico y de carácter epizootico debe llevarse a cabo de manera sistemática en las áreas centinelas con el fin de mejorar la capacidad de los países para detectar la circulación del virus de la fiebre amarilla.
- Los países con fiebre amarilla enzótica deben considerar la puesta en práctica de las siguientes recomendaciones en los municipios dentro de las zonas de enzooticidad, o en las zonas cuyo índice de infestación de casas por *A. aegypti* supera 5%:
 - Inmunización de toda la población.
 - Incorporación de la vacuna antiamarilica en el calendario corriente para los niños.
- Se deben tomar recaudos en las Américas para acopiar la cantidad suficiente de vacunas que se utilizarán en las actividades de emergencia para el control de brotes.

Viruela

El 11 de septiembre de 2001 los ataques terroristas en los Estados Unidos contribuyeron a la concientización sobre la amenaza potencial del uso deliberado del virus de la viruela como un arma biológica contra poblaciones civiles. Los niveles de inmunidad bajos existentes entre la población debido a la cesación de la vacunación contra la viruela hace más de veinte años, conjuntamente con el mayor desplazamiento, se convirtieron en un motivo de preocupación, y pusieron de relieve la necesidad de una respuesta adecuada y oportuna.

Con el propósito de examinar los retos actuales y futuros planteados por estos acontecimientos, y la capacidad para la producción regional de vacunas de calidad contra la viruela para hacer frente a situaciones de emergencia, la OPS convocó dos reuniones de consulta técnica en 2001. Se solicitó a los países que examinaran su capacidad de vigilancia y diagnóstico para la detección de casos y la investigación rápida de la viruela y para fortalecer los preparativos en casos de emergencias hospitalarias. Se hizo hincapié una vez más en la necesidad de alcanzar el consenso entre los países en el sentido de que un caso de viruela en cualquier país constituye una amenaza para toda la Región y, por consiguiente, los países que producen o poseen reservas de la vacuna antivariolosa las pondrán a disposición a fin de controlar el brote en el país afectado.

Recomendaciones

- El GTA tomó nota de la resolución sobre la viruela de la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, la cual indica que los países deben considerar todo brote de viruela como una amenaza para la región y el mundo y deben notificar inmediatamente todo caso sospechado que pudiera ocurrir y estar preparados para proporcionar asistencia de emergencia necesaria, incluidas vacunas a fin de contener el brote con la mayor celeridad posible.

Seguridad de la vacunación

El monitoreo de la seguridad de la vacunación y la integración de este aspecto en el sistema de salud constituyen responsabilidades complejas compartidas por los programas nacionales de vacunación, los organismos nacionales de reglamentación, los laboratorios de control de calidad y los trabajadores de la salud. La OPS ha destacado el empleo de un enfoque que incluye el uso de vacunas de calidad, prácticas de inyección seguras y el manejo expedito de todo fenómeno atribuido a la vacunación.

Recomendaciones

- Se deben asignar recursos suficientes a fin de que la seguridad de la vacunación se transforme en una prioridad y un componente fundamental de todos los programas ampliados de inmunización con los siguientes elementos: garantía de un suministro adecuado de jeringas, vacunas, cajas de desecho seguras así como eliminación final apropiada del equipo.
- Deben fortalecerse las actividades de adiestramiento para todos los trabajadores de la salud, incluidas la elaboración y difusión de materiales de capacitación en todos los niveles del sistema de salud a fin de garantizar el conocimiento de normas estandarizadas para la prevención, la detección y la evaluación de fenómenos supuestamente atribuidos a la vacunación. También deben llevarse a cabo actividades de capacitación sobre las prácticas de vacunación seguras, en particular para modificar el comportamiento con respecto a no volver a tapar las agujas usadas.

Introducción de vacunas nuevas

Vigilancia para la introducción de vacunas nuevas

La inclusión rápida de una vacuna nueva contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en la mayoría de los países de la Región ha dejado enseñanzas importantes para la incorporación de otras vacunas nuevas, las cuales se están desarrollando o se han aprobado. La disponibilidad de nuevas maneras de administrar antígenos múltiples, como las vacunas combinadas, ha facilitado aún más la incorporación rápida de la vacuna contra Hib y contra la hepatitis B en los programas de los países.

Los datos sobre la carga de morbilidad, grupos de riesgo y estudios de eficacia en función de los costos son consideraciones fundamentales para la introducción de vacunas nuevas. Se necesita información regional, así como información propia de los países, a fin de determinar la necesidad de introducirlas.

Recomendaciones

- Se necesita información epidemiológica adecuada para establecer políticas con respecto a la introducción de vacunas nuevas. Los países deben implantar estrategias de vigilancia que proporcionen datos fundamentales para la toma de decisiones con respecto a la introducción de vacunas nuevas, como la antineumocócica, la antimeningocócica y la antirrotavírica. Los comités nacionales sobre prácticas de inmunización deben participar plenamente en este proceso. Atención especial debe prestarse a la sostenibilidad del financiamiento cuando se toma la decisión de incluir una vacuna nueva.

Vacunas de calidad

La OPS ha apoyado los esfuerzos de los países para utilizar vacunas de calidad en sus programas de vacunación mediante el fortalecimiento de los organismos nacionales de reglamentación (ONR), la garantía de que las funciones de reglamentación se ejecutan adecuadamente a través de la formulación de un sistema regional para la evaluación de la calidad de las vacunas, y la garantía de que los productores de vacunas locales cumplen con buenas prácticas de fabricación (BPF) y los requisitos nacionales e internacionales.

Recomendaciones

- Los gobiernos deben asegurar a través de sus organismos nacionales de reglamentación y laboratorios nacionales de control que en los programas nacionales de vacunación y en el sector privado sólo se utilicen vacunas de calidad, importadas o de producción local y aprobadas por las autoridades competentes. Los organismos nacionales de reglamentación deben emplear los resultados de las evaluaciones de la OMS con respecto a los productores de vacunas preseleccionados para proveer las vacunas a los organismos de las Naciones Unidas, a fin de facilitar el proceso de concesión de licencias de estos productos en los países.

Administración y Sostenibilidad de las Inmunizaciones

Se ha logrado consenso sobre la función desempeñada por el sector de la salud en la consecución del crecimiento económico sostenible y la reducción de la pobreza y, en consecuencia, sobre la necesidad de garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales, especialmente aquellos con repercusión apreciable en la reducción de las cargas sanitarias, como los programas de vacunación. Este consenso proporciona a los programas de vacunación una oportunidad única de mantener y ampliar el alcance de la inmunización en las Américas y, como tal, seguir siendo un componente fundamental de las iniciativas para la supervivencia infantil. Sin embargo, requiere el mantenimiento o el fortalecimiento de las instituciones que han apoyado la administración de programas de inmunización y vigilancia eficaces, así como la rectoría satisfactoria de las autoridades sanitarias nacionales para lograr el desempeño óptimo de los programas de vacunación en todos los niveles del sistema de salud de un país.

Repercusión de las reformas del sector de la salud en los programas nacionales de vacunación.

Las modificaciones en la conducción y la prestación de programas nacionales de salud resultantes de la reforma sanitaria y la descentralización se han tomado como oportunidad para conseguir que los programas de vacunación se ejecuten de manera equitativa en todas las zonas de un país, y ampliar el respaldo a la inmunización en todos los niveles de la sociedad. En la práctica, estos cambios sistémicos han representado un reto para la puesta en práctica eficaz de programas nacionales de vacunación de manera uniforme. Los ámbitos particulares en los que se han identificado dificultades son la administración local del suministro y la vigilancia de inmunizaciones, así como las finanzas y la gestión de recursos humanos. Por otra parte, no se ha implantado la capacidad local de manera de lograr un flujo ininterrumpido de calidad e información estandarizada sobre enfermedades prevenibles por vacunación en todo el sistema de salud, especialmente hacia arriba al nivel regional.

Recomendaciones

- Deben realizarse esfuerzos para seguir los ejemplos de los países de las Américas que han sancionado legislación mediante la cual se establece una partida presupuestaria específica en el presupuesto nacional por la que se comprometen recursos para los costos recurrentes asociados con la compra de vacunas y jeringas. Esta legislación también debe incluir recursos para otros aspectos de un programa de inmunización, como dotación de personal, supervisión y operaciones.
- Deben utilizarse los indicadores de inmunización para vigilar los procesos de reforma de los servicios de salud, y el desempeño de los servicios de salud descentralizados.

Financiamiento sostenible de los programas de vacunación

Las fluctuaciones en la asignación de los recursos debidas a las desaceleraciones económicas están amenazando la puesta en práctica de programas nacionales de vacunación, con lo cual se abre el camino para la necesidad de tener que efectuar gastos mayores en el caso de un brote. Además, incluso los niveles actuales de financiamiento tal vez no sean suficientes, dado que los países buscan lograr concurrentemente niveles altos de cobertura en todos los municipios, al tiempo que introducen también vacunas nuevas de importancia para la salud pública cuyo costo es mayor. A fin de proteger los logros de la salud pública y la repercusión comprobada de los programas nacionales de vacunación, así como permitir su crecimiento continuo, los países y la comunidad internacional, incluidos los ministerios de finanzas, necesitarán iniciar un diálogo para identificar y evaluar opciones para el financiamiento estable seguro de los programas nacionales de vacunación. Tal financiamiento debe incluir recursos para identificar y eliminar focos de cobertura baja e introducir vacunas nuevas de importancia para la salud pública. Es imprescindible dar a conocer a los ministros de hacienda las implicaciones financieras de ejecutar adecuadamente los programas de vacunación.

Recomendaciones

- Las autoridades sanitarias deben movilizar el apoyo político a fin de identificar maneras sostenibles y eficaces de proteger los niveles de inmunización durante períodos de desaceleración económica o de cambios estructurales en el sector de la salud.
- Deben realizarse esfuerzos para aclarar la función rectora de los ministerios de salud con respecto a las inmunizaciones, y fortalecer las responsabilidades técnicas y financieras al nivel estatal y local para sistemas descentralizados.
- Los comités nacionales de coordinación interinstitucional deben incluir a miembros del ministerio de hacienda, con el propósito de fortalecer el diálogo y la colaboración entre los dos sectores.

Evaluación de la calidad de los datos dentro de los programas nacionales del PAI

El uso de datos sobre dosis administradas ha sido y continúa siendo el método preferido para evaluar y vigilar los niveles de cobertura de la vacunación en la Región. Sin embargo, la evaluación de los datos sobre la cobertura nacional por diferentes medidas revela una falta de concordancia en varios países. Esto quizá se deba a errores en la recopilación y el registro de información sobre vacunación en los centros de salud. La evaluación de la calidad de los datos a diferentes niveles del sistema de inmunización es un componente importante del manejo de datos. La evaluación regular de la calidad de los datos sobre niveles de cobertura debe ser un componente integral de las visitas de supervisión.

En colaboración con los ministerios de salud nacionales, la OPS está creando una herramienta para la supervisión, basada en investigaciones efectuadas en Bolivia y México, con el propósito de evaluar la calidad de los datos sobre cobertura. Esta herramienta comparará datos sobre las dosis administradas de diferentes fuentes, a fin de determinar su fiabilidad.

Recomendaciones

- La evaluación de la calidad de los datos del PAI debe convertirse en una actividad regular dentro de los programas nacionales de vacunación. Esta evaluación debe conducirse dentro del contexto de las actividades de supervisión regulares ininterrumpidas. Los países también deben fortalecer las capacidades de análisis de datos, incluida la identificación de los municipios de alto riesgo y las causas de la cobertura baja, lo cual debe conducir a la formulación de microplanes a fin de corregir problemas identificados.
- Las herramientas creadas por la OPS en colaboración con otros países deben difundirse en la región para su adaptación local y uso.

La supervisión como un instrumento de gestión

La supervisión no se está utilizando sistemáticamente por todos los países de la Región como un instrumento de gestión eficaz. Esta falta de supervisión regular ha contribuido a la imposibilidad de identificar las zonas con riesgo de cobertura de vacunación baja. Con el propósito de mejorar los servicios de vacunación ordinaria, la OPS ha propuesto el fortalecimiento de la supervisión regular en todos los establecimientos de salud, tanto como una herramienta educativo como un medio para mejorar la responsabilización al nivel local.

Recomendaciones

- Los países deben emplear protocolos estandarizados de supervisión que cubren los componentes necesarios del programa, y deben incluir como mínimo: 1) prácticas de vacunación y seguridad de las vacunas; 2) datos administrativos sobre vacunación, incluida la evaluación de la calidad de los datos; 3) notificación semanal de enfermedades prevenibles por vacunación, y 4) programación y ejecución de actividades de extensión para la vacunación.
- Se deben asignar recursos financieros suficientes para la supervisión periódica. Los planes de acción nacionales y locales siempre deben incluir un componente para la supervisión.

Miembros del GTA

John Peter Figueroa

Ministerio de Salud y Control Ambiental
Kingston, Jamaica

D.A. Henderson (Chairman)

Oficina de Coordinación y Desarrollo de la Investigación
Oficina de Preparativos Públicos para Situaciones de Emergencia
Departamento de Salud y Servicios Sociales
Washington, D.C., Estados Unidos

Akira Homma

BIOMANGUINHOS, Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Rio de Janeiro, Brasil

Joseph Z. Losos*

Instituto para la Salud de la Población
Ottawa, Ontario, Canadá

John R. La Montagne

Institutos Nacionales de Salud
Bethesda, Maryland, Estados Unidos

Roberto Tapia-Conyer

Secretaría de Salud
México, D.F., México

Fernando Muñoz Porras

Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Walter Orenstein (Relator)

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Atlanta, Georgia, Estados Unidos

Gina Tambini (Secretaría ad-hoc)

División de Vacunas e Inmunización
Pan American Health Organization
Washington, D.C., Estados Unidos

* Ausente.