

# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLUMEN XXXIII NÚMERO 2 ► ABRIL DEL 2011

- 1 Reunión del IEC, 2011
- 1 Semana de Vacunación en las Américas, 2011
- 2 Introducción de nuevas vacunas en América Latina y el Caribe
- 3 Experiencias de la Región de las Américas sobre el financiamiento sostenible de la inmunización
- 4 DQS en Jamaica, 2010
- 6 Mejorando los servicios de inmunización en Haití
- 7 Características técnicas furgón refrigerado
- 8 "Grand Challenges Explorations" de la Fundación Gates

## Reunión del comité internacional de expertos y las comisiones nacionales y subregionales para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas

El Comité Internacional de Expertos (IEC, por sus siglas en inglés) sobre la eliminación de sarampión/rubéola y representantes de las comisiones nacionales/subregionales para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en las Américas se reunieron el 21 y 22 de marzo en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C. El objetivo de dicha reunión fue examinar los pasos y la cronología necesarios para ejecutar las actividades destinadas a implementar el proceso de documentación y verificación, así como proporcionar a las comisiones recomendaciones formales para la puesta en práctica del proceso en cada país.

Los Estados Miembros de la OPS han realizado notables progresos en la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Treinta y cuatro países y los territorios de Francia, Países Bajos y el Reino Unido en el Caribe han establecido comisiones nacionales o subregionales, y algunos países ya han completado el trabajo sobre el terreno y/o los informes sobre la eliminación. Los informes de eliminación terminados pasan a ser examinados por el IEC y se devuelven al Ministerio de Salud para su revisión y posterior finalización.

Unos cuantos países ya han completado su informe de documentación de eliminación, en tanto que el resto de países se han comprometido a presentar al IEC sus informes finales antes de diciembre del 2011, lo cual permitiría al IEC verificar los logros regionales en cuanto a eliminación y presentar un informe a la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012. Además, se alentó a los países a que fortalecieran la relación entre la epidemiología y el laboratorio, y a documentar la aparición del último caso endémico de SRC llevando a cabo, en caso necesario, búsquedas retrospectivas de casos.

Con tal objeto se pondrá a disposición de todos los países el apoyo técnico de la OPS, priorizando el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el SRC, a fin de aportar pruebas fehacientes de la interrupción del sarampión y la rubéola endémicos en la Región. En caso de que en un determinado país no se observe progreso alguno, exista un vacío en cuanto a la rendición de cuentas, se necesite el apoyo técnico del IEC o surjan dudas con respecto al informe presentado, el IEC visitará los países o regiones para proporcionarles orientación. Se espera de todos los países de la Región que, con este apoyo adicional, completen su informe para el IEC antes de diciembre del 2011.

Ver **REUNIÓN DEL IEC**, página 2

REUNIÓN DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE EXPERTOS Y LAS COMISIONES NACIONALES/SUBREGIONALES PARA LA DOCUMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA ELIMINACIÓN DEL SARAPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LAS AMÉRICAS  
21 & 22 DE MARZO 2011 – WASHINGTON, DC

## Semana de Vacunación en las Américas de 2011

La novena edición anual de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), una iniciativa que pretende impulsar la equidad y el acceso a la vacunación en toda la Región de las Américas, tendrá lugar del 23 al 30 de abril del 2011. El lema de la SVA de este año, "Vacuna a tu familia, protege a tu comunidad", destaca la vacunación como derecho de toda la familia y como medio necesario para la prevención de enfermedades en la comunidad. La VVA se celebrará de forma simultánea con sus iniciativas hermanas en otras regiones de la OMS: AFRO, EMRO, EURO y WPRO.

En total, más de 170 países y territorios de todo el mundo promoverán simultáneamente la vacunación durante la última semana de abril.

A lo largo del 2011 se celebrarán decenas de eventos para la presentación de la VVA a nivel local, nacional e internacional, entre los que se incluyen los destacados eventos de lanzamiento regionales del Altiplano entre Bolivia y Perú el 26 de abril, y de la Amazonia en Manaus (Brasil) el 30 de abril. Habrá también celebraciones entre Estados Unidos y México, en Tucson, Arizona; en Panamá; en Guatemala; en la zona fronteriza trinacional de Brasil, Colombia y Perú; entre Guatemala y Honduras; entre Colombia y Ecuador; entre Guayana Francesa y Suriname y en Costa Rica, Cuba, El Salvador, Paraguay y Uruguay, entre otras ubicaciones.

Hasta la fecha, aproximadamente 40 países y territorios han

Ver **SVA** página 8

**REUNIÓN DEL IEC**, cont. página 1

En colaboración con los miembros de IEC, la OPS se propone evaluar y asegurar el apoyo de laboratorio adecuado a todos los países. Además, la OPS seguirá realizando tareas de promoción de la causa entre los socios a fin de garantizar un financiamiento suficiente para el proceso de documentación/verificación.

El IEC felicitó a los países de las Américas por los significativos avances alcanzados en el logro de las metas para la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región, y espera que con la aplicación de las recomendaciones descritas en la reunión de marzo se consiga declarar a la Región libre de estas enfermedades.

La Resolución de la OPS CSP27.R2, aprobada por la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007, solicitó a la Directora de la Organización Panamericana de la Salud que nombrase un Comité Internacional de Expertos para verificar de forma independiente la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola en el continente americano. Los miembros de IEC, que representan a las distintas subregiones y áreas de especialización, son: la Dra. Marceline Dahl-Regis, Médico Jefe, Ministerio de Salud (Bahamas); el Dr. Louis Z. Cooper, Profesor Emérito de Pediatría, Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Columbia (Estados Unidos); el Dr. Walter Orenstein, Profesor de

Medicina y Pediatría, Emory University (Estados Unidos); el Dr. José Ignacio Santos Preciado, Profesor del Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, (México); la Dra. Natasha Crowcroft, Directora de Vigilancia y Epidemiología, Agencia de Promoción y Protección de la Salud de Ontario (Canadá); el Dr. José Cassio de Moraes, Presidente del Departamento de Medicina Social, Santa Casa de São Paulo (Brasil); y la Dra. Isabel Pachón del Amo, Jefa del Área de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España). ■

## Apoyo de la OPS a la introducción de nuevas vacunas en América Latina y el Caribe: la vacuna antirrotavírica y las vacunas antineumocócicas conjugadas

Los países de la Región de América Latina y el Caribe se encuentran entre los primeros países en vías de desarrollo en introducir nuevas vacunas, como la vacuna antirrotavírica y las vacunas antineumocócicas conjugadas, en sus esquemas de vacunación nacionales del presente decenio. La OPS recomienda encarecidamente que estas vacunas, al igual que todas las demás vacunas incluidas en los programas nacionales de vacunación, se apliquen a lo largo de toda la nación.

En estos países, la OPS ha apoyado muchas actividades a lo largo del proceso de introducción de las nuevas vacunas y sigue estrechamente involucrada en el apoyo a las estrategias de reducción de la morbimortalidad causada por la diarrea por rotavirus y las enfermedades neumocócicas. Desde el 2006, 14 países y un territorio han introducido la vacuna antirrotavírica y 14 países y cinco territorios han introducido la vacuna antineumocócica en su calendario de vacunación nacional (figura 1).

La OPS comenzó en el año 2003 a prestar apoyo a los Estados Miembros para organizar reuniones regionales y subregionales centradas específicamente en la introducción e implementación de nuevas vacunas. Desde entonces la OPS ha organizado siete de estas reuniones, que tuvieron lugar en Brasil, Colombia, Costa Rica, Perú y Venezuela, y tiene previsto realizar una octava reunión sobre nuevas vacunas en Uruguay en noviembre del 2011. Dichas reuniones tienen por objeto compartir los recientes adelantos científicos sobre las nuevas vacunas que se hayan incluido recientemente en los programas nacionales de los diversos países, así como abordar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades que estas vacunaciones previenen en los niños menores de 5 años.

Dentro de la Iniciativa ProVac de la OPS, y junto con otras actividades relacionadas con las nuevas vacunas, se han organizado talleres

regionales para reforzar la capacidad nacional de tomar decisiones informadas basadas en datos probatorios con respecto a la introducción de nuevas vacunas. Desde el 2006, la iniciativa ha patrocinado dos talleres sobre el uso de análisis económicos y otros datos probatorios para tomar decisiones nacionales fundamentadas acerca de la introducción de la vacuna antirrotavirus y las vacunas antineumocócicas conjugadas. Dichos talleres han proporcionado a los equipos de estudio multidisciplinarios de los países formación práctica sobre modelos económicos para realizar el análisis de rentabilidad (costo-efectividad). Hasta la fecha, 10 países de la Región han realizado análisis de costo-efectividad y han elaborado informes técnicos para resumir los datos probatorios disponibles en los que basar la toma de decisiones nacional sobre la introducción de la vacuna antirrotavírica o las vacunas antineumocócicas conjugadas.

La OPS ha elaborado varias guías prácticas a fin de ayudar a los Estados Miembros en la introducción y aplicación adecuada de las nuevas vacunas en sus programas nacionales de vacunación. Durante los últimos cuatro años se han publicado tres guías prácticas:

- *Vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas en menores de 5 años: guía práctica*<sup>1</sup>
- *Vigilancia epidemiológica de diarreas causadas por rotavirus. Guía práctica*<sup>2</sup>

- *Introducción e implementación de nuevas vacunas: guía práctica*<sup>3</sup>

En la actualidad se están elaborando otras dos guías prácticas: *Cómo implementar la vacunación con vacuna antineumocócica conjugada en un país* y *Objetivos y uso de la nueva herramienta informática ubicada en la Web para la vigilancia de vacunas VINUVA*. Esta última guía facilitará el proceso de notificación sistemática por parte de los países de los datos de vigilancia sobre las infecciones bacterianas invasoras y la diarrea por rotavirus. También contribuirá al desarrollo del perfil epidemiológico de estas enfermedades en América Latina y el Caribe.

Para poder evaluar mejor el impacto de la introducción de la vacuna en los países, la prevalencia de las cepas circulantes y las variaciones del perfil epidemiológico de las enfermedades vigiladas, la OPS ha ayudado a los Estados Miembros a establecer un sistema estandarizado de vigilancia epidemiológica hospitalaria centinela de las nuevas vacunas. Para ello se usan definiciones de casos uniformes, el diagnóstico de laboratorio y análisis sistemáticos de los datos. Actualmente la vigilancia hospitalaria centinela se aplica en 13 países para la diarrea por rotavirus y en 10 para las enfermedades bacterianas invasoras causadas por neumococo.

Una de las principales actividades de la OPS como apoyo a los Estados Miembros en el país para el proceso de introducción de las

**NUEVAS VACUNAS** cont. página 2

vacunas ha sido la presencia de corto plazo de consultores que: proporcionan capacitación y apoyo para la implementación de las tareas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio; ayudan a elaborar nuevos planes de introducción de la vacuna basados en las directrices de la OPS; participan en las evaluaciones a todos los niveles de la cadena de frío; e intervienen en las actividades destinadas a reforzar la red de vigilancia y respuesta de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI).

Una vez introducida e implementada una vacuna nueva en un país, la OPS insta a los Estados Miembros a compartir las enseñanzas extraídas con otros países de la Región y del mundo. A lo largo de los años, varios de los gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), han visitado otros países para compartir lo aprendido sobre la introducción de una nueva vacuna o para ampliar sus conocimientos en un país que ha introducido recientemente una vacuna. La OPS tiene previsto realizar una reunión en 2012 para compartir las lecciones aprendidas en países que han introducido recientemente las vacunas antineumocócicas conjugadas.

Asimismo, la OPS ha apoyado firmemente a los países mediante el desarrollo de estudios especiales sobre, entre otros, la seguridad, la eficacia y el impacto de las vacunaciones, además de estudios para documentar de forma sistemática el proceso de introducción de la nueva vacuna. En la actualidad la OPS está participando en ocho estudios relacionados con rotavirus o neumococo en 10 países de América Latina y el Caribe. ■

<sup>1</sup> Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica\\_NeumoMBacteriana.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica_NeumoMBacteriana.pdf)

<sup>2</sup> Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica\\_Rotavirus.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica_Rotavirus.pdf)

<sup>3</sup> Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica\\_NuevasVacunas.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica_NuevasVacunas.pdf)

**Figura 1. Países con vacunas contra el rotavirus y/o neumococo en su esquema regular del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Región de las Américas, 2011**



## La OPS comparte la experiencia de la Región de las Américas sobre el financiamiento sostenible de la inmunización en el Sabin Colloquium

El 28 y 29 de marzo del 2011, los representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) participaron en el primer *Coloquio sobre el financiamiento sostenible de la inmunización*, albergado por el Sabin Vaccine Institute en Addis Abeba (Etiopía). La OPS fue invitada al evento para compartir las experiencias de las Américas en la formulación de leyes sobre inmunización y de programas de vacunación sostenibles.

El Dr. Jon Andrus, Director Adjunto de la OPS, moderó el panel de las Américas, en tanto que el Sr. Pierce Trumbo, Oficial de Finanzas para el Proyecto de Inmunización de la OPS, presentó la evolución histórica de los programas de vacunación en las Américas y explicó cómo elaboraron los países las leyes que garantizaban dichos programas.

Tras la creación de los programas nacionales y los esfuerzos por erradicar la poliomielitis en los años ochenta, la OPS instó a los Estados Miembros a asumir mayores responsabilidades en sus programas y ayudó a los países a elaborar legislaciones de inmunización que garantizaran partidas presupuestarias para la compra de vacunas. Hoy en día los países de las Américas sufragan 99% del costo de sus programas nacionales, y al menos 27 países han aprobado o van a aprobar leyes sobre la vacunación.

Dos parlamentarios, el Excmo. Sr. Alejandro Northon Zapata Avendaño, de Bolivia, y la Exma. Sra. Zoila Beatriz Quijada Solís, de El Salvador, compartieron también con los delegados del coloquio sus experiencias en cuanto a la aprobación de leyes sobre inmuni-

zación. El diputado Zapata Avendaño describió sus esfuerzos por recabar apoyos para la *Ley N° 3300 de Bolivia* (aprobada en 2005), que garantiza el derecho a ser vacunados de todos los ciudadanos bolivianos. La Sra. Quijada Solís, que lidera los esfuerzos para la aprobación del proyecto de ley de inmunizaciones en El Salvador, expresó su solidaridad con los países participantes en el coloquio e instó a los delegados a seguir luchando a fin de obtener fondos nacionales para la vacunación.

Las experiencias de las Américas suscitaron un gran interés y debates en el coloquio. Resultó patente que compartir las enseñanzas extraídas y diseminar las mejores prácticas de las Américas es un potente estímulo para que los países promulguen leyes de vacunación y programas de inmunización en otras Regiones. ■

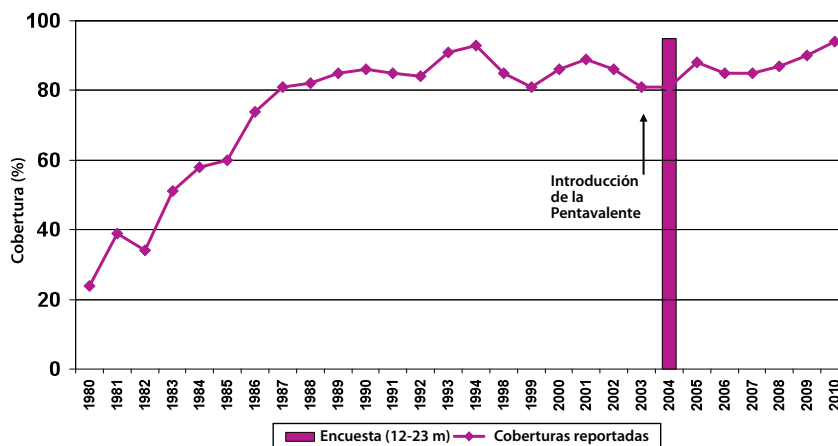


## Autoevaluación de la calidad de los datos de inmunización en Jamaica (DQS), 1-8 de noviembre del 2010

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Jamaica ha logrado importantes hitos, como son la eliminación de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola. Sin embargo, las coberturas reportadas han resultado más bajas que la cobertura obtenida en una encuesta que se realizó el año 2005 (Figura 1).

Entre el 1º y el 8 de noviembre del 2010 se llevó a cabo en Jamaica una evaluación del sistema de monitoreo de inmunizaciones aplicando una metodología conocida como "Autoevaluación de la Calidad del Dato" (DQS). El equipo de evaluación estuvo formado por 15 personas del Ministerio de Salud jamaíquinos que trabajaban en diferentes niveles del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), un representante del Ministerio de Salud de Belice, un representante de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), un representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y dos funcionarios de la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Figura 1. Coberturas de DPT3 reportadas en niños de 0-11 meses y por encuesta de cobertura en niños de 12-23 meses, Jamaica, 1980-2010

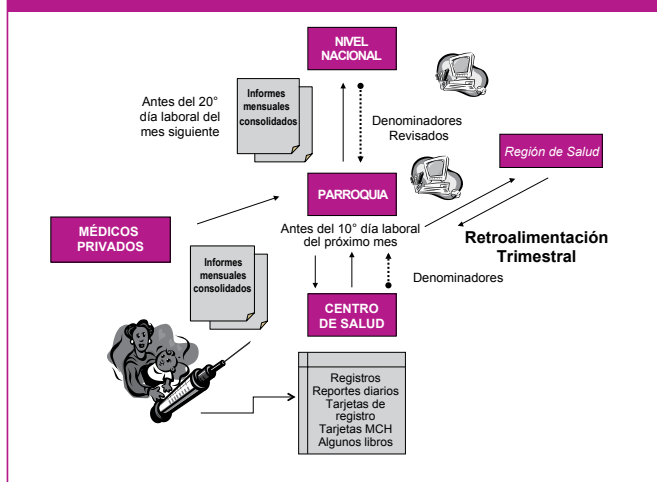


Fuente: Informes de país a FCH-IM/OPS; PAI, MdS de Jamaica y Encuesta de coberturas de vacunación infantil en las parroquias de Jamaica, Dobbins et al, 2005

Los objetivos de esta DQS consistían en evaluar la exactitud de los datos de cobertura del PAI, la oportunidad de los reportes y la calidad del

sistema (véase la figura 2), así como identificar las fortalezas y las debilidades para proponer recomendaciones de mejoras.

Figura 2. Flujo de datos del PAI



### Los tres componentes principales que se evaluaron fueron:

1. La **calidad del sistema de monitoreo**, que se evaluó mediante cuestionarios aplicados a nivel nacional, en las parroquias y en centros de salud. Los componentes evaluados en Jamaica incluían: las prácticas de registro, la información demográfica y la planificación, la capacitación y la supervisión, las prácticas de archivo y de notificación, el seguimiento y la evaluación de la gestión de las vacunas y los suministros. Se calculó un índice de calidad de cada sitio visitado (excepto ciertos establecimientos privados) dividiendo la puntuación obtenida por la máxima puntuación posible.
2. La **exactitud de datos de cobertura**, se evaluó la exactitud comparando los datos hallados en los distintos niveles del sistema de notificación que posteriormente se registraban en los formularios para la recopilación de datos. En Jamaica, la evaluación abarcó el período comprendido entre julio y septiembre del 2010, y las vacunas evaluadas fueron las dosis primera y tercera de la vacuna pentavalente (Penta1 y Penta3) en los niños de entre 0 y 11 meses de edad, la primera dosis de SRP (SRP1) en niños de 12-23 meses y la segunda dosis de SRP (SRP2) en los niños de entre 4 y 6 años, si bien este último dato solo se verificó en el nivel parroquial.

3. La **oportunidad** de los informes se evaluó a nivel de parroquia calculando el porcentaje de los informes que habían sido recibidos en el décimo día hábil del mes siguiente, según establecen los lineamientos del PAI. A nivel nacional, se calculó según el porcentaje de informes recibidos en el vigésimo día hábil del mes siguiente.

El equipo nacional del PAI y la OPS seleccionaron los lugares y comenzaron a adaptar los cuestionarios y los formularios de exactitud en julio del 2010. Durante el DQS de noviembre se formaron cinco equipos (de 3 o 4 personas cada uno); los equipos fueron entrenados en el llenado de los cuestionarios y los formularios de recopilación de datos (2 días); se realizó el trabajo de campo (2 días, ya que, aunque inicialmente se habían planificado 3, hubo que

reducirlos a 2 debido a una alerta de huracán); se analizaron los resultados y se formularon recomendaciones (1 día); y se presentaron los principales resultados a las autoridades nacionales.

La evaluación se llevó a cabo en los departamentos de salud parroquiales de Kingston y St. Andrew (KSA), Manchester, St. Ann, St. Catherine y Trelawny, en 22 centros de salud y en cuatro médicos privados.

El índice de calidad resultante de la entrevista a nivel nacional fue 79%, el índice de calidad parroquial promedio fue también 79% (rango: 71%-84%) y el índice de calidad promedio de los centros de salud fue 82% (rango: 60-98%); la puntuación por componentes fue muy variable.

Los factores de verificación promedio fueron sistemáticamente inferiores a 100% cuando se verificaban los datos notificados a los

departamentos de salud parroquiales de los registros de los centros de salud (hojas de tabulación y registros de seguimiento de inmunización) (Figura 3). En cambio, se contaron más dosis en los departamentos de salud parroquiales visitados que en la base de datos de nivel nacional, con factor de verificación promedio  $>100\%$  para las 4 dosis analizadas (Penta1, Penta3, SRP1 y SRP2).

La oportunidad, en cuanto a los informes del PAI recibidos a tiempo en las parroquias, varió de 11,7% a 94,2%. Para el nivel nacional, 87% del los informes del PAI de las parroquias entre julio y septiembre del 2010 llegaron en el tiempo normado. Se constató que en varias ocasiones se esperaba el contar con todos los informes de los centros de salud o parroquias antes de la consolidación de datos para evitar pérdidas de información.

Entre las fortalezas el compromiso de los miembros del personal del PAI en todos los niveles del sistema de salud se identificó como

un tema en común; el flujo de datos era claro y bien definido; existía un mecanismo que permitía realizar un seguimiento individual de los esquemas de vacunación de los niños; y los médicos privados entrevistados mostraban buena disposición y proporcionaban de buen ánimo los datos solicitados. Los principales puntos débiles se relacionaron con una base de datos del PAI desactualizada, que no permite la transferencia de datos electrónicos de las parroquias al nivel nacional, entre otras dificultades; la falta de un mandato o mecanismos para conseguir todo los datos del sector privado; los insuficientes recursos humanos; la incapacidad para documentar con exactitud el desperdicio de vacunas; el limitado análisis geográfico de los datos a través del sistema de información a los diferentes niveles; y las incongruencias y problemas relacionados con el registro, la documentación y la consolidación de las dosis de vacuna administradas en los centros de salud.

Las recomendaciones principales se centran en la actualización del sistema de base de datos (con el envío electrónico de los archivos), la capacitación del personal y la optimización de su uso a nivel de parroquia, regional y nacional; la modificación de las reglamentaciones de inmunizaciones para reforzar la notificación del sector privado e instar a este sector a mantener registros de inmunización; la toma en cuenta de las necesidades del PAI en el plan de desarrollo de recursos humanos nacional; la creación del mecanismos para mejorar el control del desperdicio de vacunas; el reforzamiento del análisis geográfico de los datos; y el fortalecimiento de las prácticas de registro a nivel local mediante una mejor supervisión y capacitación que incluya la posibilidad de contratar a un supervisor de campo del PAI.

Por último, el equipo recomendó evaluar a las parroquias no visitadas durante este DQS y elaborar un plan de acción para poner en práctica estas recomendaciones.

**Figura 3. Factores de verificación: reportes diarios de los CS vs. Informes mensuales de CS**



### Principales recomendaciones

- El plan de desarrollo de recursos humanos debe tomar en consideración las necesidades del programa del PAI.
- Fortalecer la documentación de las dosis aplicadas mediante una mejor supervisión y capacitación
- Implementar mecanismos para garantizar que se conserven copias de los formularios del PAI mensuales resumidos a nivel del centro de salud.
- Proporcionar mapas actualizados con los límites por centros de salud para facilitar el análisis geográfico de los datos.
- Adaptar las herramientas del DQS para la realización de controles y evaluaciones trimestrales regulares por parte de la enfermera de salud pública.
- Actualizar el sistema de base de datos, capacitación del personal y optimización del uso al nivel parroquial, regional y nacional.
  - Enviar archivos electrónicos al nivel nacional en lugar de copias impresas del informe.
  - Proporcionar impresoras a las parroquias.
- Reforzar el uso sistemático de la hoja de tabulación normalizada en todos los establecimientos de salud, incluido el sector privado.
- Modificar las reglamentaciones de inmunización para reforzar el reporte de dosis del sector privado.
- Instar al sector privado a mantener registros de vacunación y monitorear los niños que no han completado sus esquemas. ■

## Mejorando los servicios de inmunización en Haití: reunión de apoyo de socios

El 8 y 9 de marzo del 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizó una reunión de los socios de inmunización para hablar sobre cómo mejorar el apoyo al Plan de Acción de Inmunización plurianual de Haití (2011-2015). Entre los participantes se encontraban representantes del Ministerio de Salud Pública y la Población (MSPP) de Haití, la OPS, el UNICEF, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros socios.

El nuevo plan estratégico plurianual para Haití pretende mejorar la cobertura vacunal y la gestión de las vacunas a fin de conseguir que, a través del Programa Nacional de Inmunización, el país se mantenga libre de poliomielitis, sarampión y rubéola, se elimine el tétanos neonatal y se introduzcan nuevas vacunas con la ayuda de numerosos donantes y socios. El

plan cubre la vacunación de rutina, la vigilancia epidemiológica, la movilización y comunicación social, así como la capacitación y las actividades de gestión desde el 2011 al 2015, e incluye proyecciones detalladas de costos y planes para la inclusión de la vacuna pentavalente (DTP-Hib-hepatitis B) y otras nuevas vacunas.

Los funcionarios de salud haitianos colaboran actualmente con la OPS y los socios para perfeccionar sus nuevas estrategias y detallar los planes de vacunación, así como para garantizar su financiamiento y sostenibilidad durante los próximos cinco años. La dirección y la coordinación nacionales de todos los actores involucrados se identificaron como elementos imprescindibles para el éxito del plan, y se identificó claramente la equidad como principio general del plan. El doctor Ciro de Quadros del Sabin Vaccine Institute, que presidió la reunión, declaró: "Este plan muestra el gran trabajo que se está haciendo en inmunización, el firme compromiso por mejorar los servicios de

vacunación y que la comunidad internacional apoya el plan de Haití". Por su parte, el doctor Ariel Henry, del MSPP de Haití, dijo: "Esperamos comenzar este plan de inmunización plurianual cuanto antes para salvar vidas y proteger a los haitianos".

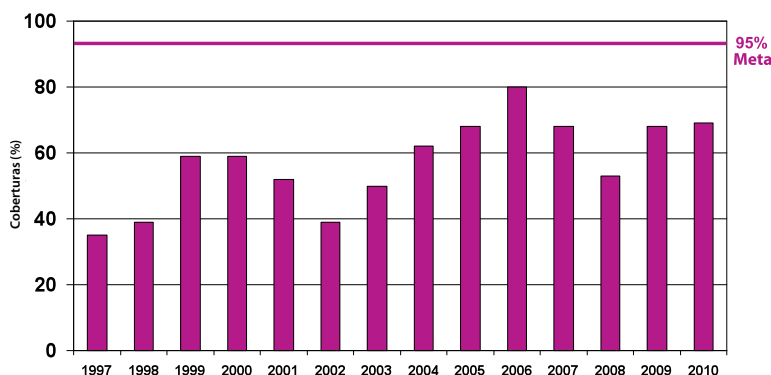


Esfuerzos de vacunación tras el terremoto, Haití, marzo 2010.

El Plan de Inmunización plurianual de Haití se adherirá a las siguientes directrices estratégicas para garantizar su éxito:

- El fortalecimiento de la vacunación de rutina**, con miras a una mejora significativa de las vacunaciones tanto en términos cuantitativos como cualitativos;
- La ampliación de la variedad de enfermedades a cubrir y los grupos destinatarios del Plan**, en primer lugar mediante la introducción de nuevas vacunas, que se iniciará en el 2012 con la vacuna pentavalente; y en segundo lugar mediante su transformación en un programa nacional de vacunación con el que puedan aprovechar las ventajas derivadas de la vacunación no solo las madres y los niños sino toda la familia;
- La reactivación de la oferta para extender la inmunización** aplicando los siguientes mecanismos:
  - Equipos de vacunación móviles que realicen inmunizaciones en puestos de vacunación extramural al menos cada tres meses sirviéndose de la Semana de la Salud del Niño y la Semana de Vacunación en las Américas, así como otras oportunidades para movilizar el apoyo de los socios si es necesario,
  - Optimización del apoyo de las ONG para la vacunación de rutina a través de contratos, y
  - Definición e implementación de una política de remuneración y capacitación factible para agentes de salud comunitarios con la que se garantice la contratación y retención de una fuerza laboral en la comunidad capaz y motivada para asegurar la estrategia de extensión;
- El aumento de la capacidad para mantener la cadena de frío** a todos los niveles a fin de satisfacer las necesidades de almacenamiento en frío derivadas de la introducción de nuevas vacunas;
- La mejora de las prácticas de gestión** para la cadena de frío, las vacunas y otros insumos de manera que se reduzcan las tasas de pérdida y se evite la falta de existencias;

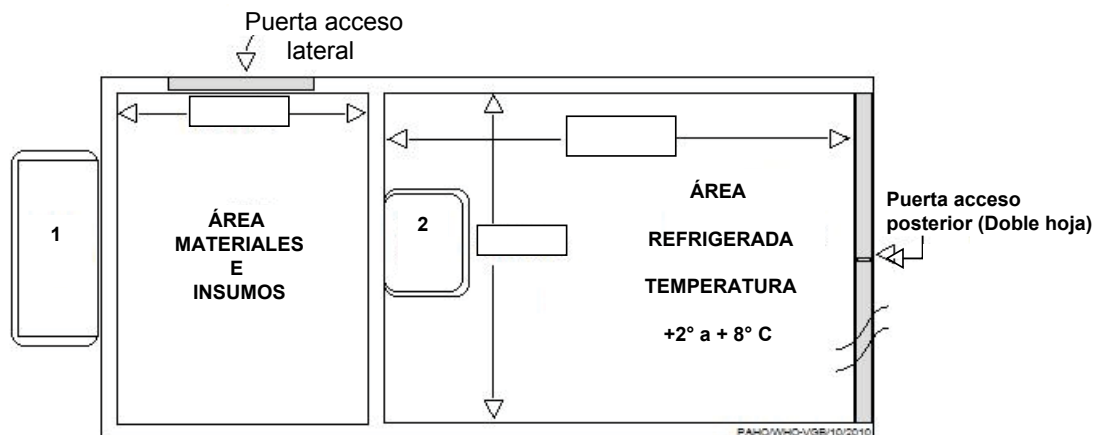
### Coberturas reportadas de vacunación con DPT3 en niños <1 año de edad Haití, 1997-2010



Fuente: Informes de los países a FCH-IM por medio del formulario conjunto para la notificación (JFR) de la OPS/OMS/UNICEF.

- El reforzamiento de las comunicaciones y las actividades de movilización sociales** para optimizar la demanda y mejorar la prestación de servicios, especialmente en áreas de difícil acceso;
- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica** estableciendo una colaboración fructífera entre el DPEV (Dirección Nacional de Ministerio de Salud de Haití para el Programa Ampliado de Inmunización) y el DELR (Dirección de Ministerio de Salud de Haití de Epidemiología, Investigación y Laboratorios), así como a través del apoyo de los principales socios técnicos, en particular la OPS/OMS, UNICEF y los CDC;
- La reactivación de las actividades de apoyo y monitoreo**, especialmente la microplanificación, la supervisión y el monitoreo de la cobertura vacunal;
- El reforzamiento de los cuerpos de gestión y consulta del Plan de Inmunización**: el Departamento del Programa Ampliado de Inmunización Nacional de Haití, el Comité Técnico y el Comité de Coordinación Interagencial (CCI). ■

## CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS FURGÓN REFRIGERADO



Espesor Paredes, Piso, Techo y Puertas = 3" (Pulg) ó 76,2 mm  
 1. Unidad condensadora 2. Unidad evaporadora

## ESPECIFICACIONES, DESCRIPCIÓN y COMENTARIOS/OBSERVACIONES

	<b>DISEÑO Y FABRICACIÓN POR</b>	Empresa especialista en el diseño y construcción de cámaras y cajas isotérmicas para vehículos de transporte refrigerados.
<b>DIMENSIONES</b> (Área Refrigerada)	<b>MEDIDAS INTERNAS DIMENSIONES (DEL ÁREA REFRIGERADA)</b>	Las medidas internas de compartimento refrigerado deben reflejar las necesidades del PAI. Las medidas internas compartimento para materiales e insumos deben reflejar las necesidades del PAI.
	<b>AISLAMIENTO</b>	Espuma inyectada de poliuretano de alta densidad (42 Kg/m <sup>3</sup> mínimo)
	<b>ESPESOR PAREDES, PISO, TECHO Y PUERTAS</b>	3" pulg. ó 76,2mm
	<b>CUBIERTA DE PISO</b>	Aluminio corrugado antideslizante/extrudido o tipo "T", o similar
	<b>PUERTAS</b>	POSTERIOR/DOS HOJAS: Cierre de torsión y bisagras en acero inoxidable. Empaque de doble pestaña. Marco en aluminio extrudido de 1/8" soldado en las esquinas. Topes de goma. Gancho fijador puerta. LATERAL: Senilla (una hoja)
<b>SISTEMAS DE CONTROL/ MONITOREO/SEGURIDAD</b>	<b>TERMÓMETRO</b>	Panel de control de temperatura instalada en panel de la cabina.
	<b>TERMÓGRAFO</b>	Control de temperatura por tarjeta gráfica o descarga en computador. Este dispositivo permite llevar un registro físico o electrónico de las temperaturas a las que estuvieron expuestas las vacunas durante el transporte.
	<b>TACÓGRAFO</b>	Monitoreo de velocidad permitida, este dispositivo advierte al conductor que está excediendo la velocidad máxima permitida así como registrar la infracción.
	<b>ALARMAS</b>	Contra Altas o Bajas temperaturas, este sistema permite advertir al conductor o responsable del transporte de las vacunas, si éstas están siendo expuestas a altas o bajas temperaturas por posibles fallos en el sistema de refrigeración.
	<b>GPS</b>	Monitoreo de rastreo/ubicación, permite conocer en tiempo real la actual ubicación del vehículo para casos de accidentes, mal funcionamiento del vehículo o posibles robos de los bienes.
	<b>SEGURIDAD</b>	Sistema de alarma contra robos Cabina/Cámara refrigerada.
<b>EQUIPO DE REFRIGERACIÓN</b>	<b>CAPACIDAD FRIGORÍFICA</b>	Calculado por la empresa al momento de diseñar la cámara o caja isotérmica.
	<b>TIPO DE REFRIGERANTE</b>	Libre de CFC
	<b>RANGO DE TEMPERATURA</b>	2°C a 8°C
	<b>SISTEMA DE REFRIGERACIÓN DUAL</b>	Accionamiento automotriz y eléctrico. El sistema de refrigeración debe tener doble opción de funcionamiento tanto para funcionar con la fuerza del motor durante el periodo de transporte así como la posibilidad de conectar el sistema a la red de suministro eléctrico cuando el vehículo esté estacionado.
	<b>REPUESTOS</b>	Juego de repuestos para dos años.



El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por el Proyecto de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

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

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

ISSN 1814-6252

Volumen XXXIII, Número 2 • Abril del 2011

**Editor:** Carolina Danovaro

**Editores adjuntos:** Gabriela Félix y Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Todos los derechos reservados.



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

**Proyecto de Inmunización Integral de la Familia**

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/immunization>

SVA cont. página 1

registrado su participación en la SVA, en la que más de 41 millones de personas de todas las edades serán vacunadas contra diversas enfermedades, como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la parotiditis, la difteria, la tos ferina, el tétanos neonatal, la influenza y la fiebre amarilla. Varios países han decidido incluir también otras intervenciones preventivas junto con sus campañas de vacunación, como tratamientos antihelmínticos, administración de suplementos de vitamina A y controles del crecimiento. Algunos países y territorios se proponen aprovechar la SVA para centrarse exclusivamente en la comunicación social y en campañas educativas para promover la vacunación. ■



Para más información sobre SVA,  
visite el sitio Web de la iniciativa:  
[www.paho.org/sva](http://www.paho.org/sva)

y haga clic en “me gusta” de nuestra página  
de Facebook: <http://on.fb.me/VacunaVaccine>

## La Fundación Bill & Melinda Gates ofrece subsidios de \$100.000 dólares estadounidenses para optimizar los programas de inmunización en países de bajo y medio ingreso

La disponibilidad de nuevas vacunas y financiamiento considerable para introducirlas rápidamente en los programas nacionales de inmunización, ofrece una oportunidad fantástica para salvar millones de vidas. Sin embargo, con estas oportunidades vienen también grandes desafíos—entre ellos, el desafío clave de garantizar que los sistemas de manejo logístico de dichas vacunas estén a la altura de la tarea.

La Fundación Bill & Melinda Gates está aceptando propuestas para su Grand Challenges Explorations, una iniciativa que fomenta la innovación e investigación en salud pública. Este año, la iniciativa ofrece a científicos, inventores, organizaciones no gubernamentales, ministerios de salud y empresarios la oportunidad de obtener becas de \$100.000 dólares estadounidenses para identificar y proponer ideas no convencionales que pudiesen transformar los sistemas de manejo de suministros de inmunización en los países de ingreso medio y bajo.

El programa Grand Challenges Explorations ha dado un primer paso para encontrar soluciones

innovadoras a algunas de estas brechas ofreciendo apoyo financiero, es decir un subsidio, de \$100.000 dólares estadounidenses a propuestas de dos páginas que se muestren prometedoras en su esfuerzo de identificar y proponer soluciones a dichas brechas. Las propuestas seleccionadas se enfocarán en las áreas prioritarias que se enumeran a continuación.

1. Priorización de características de las vacunas;
2. diseño de sistemas de manejo de suministros de inmunización;
3. impacto ambiental;
4. sistemas de información;
5. recursos humanos y
6. aceptación de la vacunación.

Aquellos proyectos que demuestren éxito, tendrán la oportunidad de recibir financiamiento adicional de un millón de dólares estadounidenses. **La fecha límite para presentar propuestas es el 17 de noviembre del 2011.**

Para más información o para presentar su propuesta, visite:  
[www.Grandchallenges.org/GIN](http://www.Grandchallenges.org/GIN)