

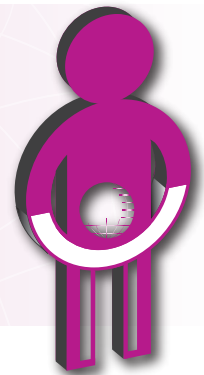
Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXVII Número 3

Proteja a su familia vacunándola

Septiembre del 2015



XXIII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

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 2015¹. 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.



Participantes en la XXIII Reunión del Grupo Técnico Asesor, 1 al 3 de julio del 2015, Varadero, Cuba.
Crédito de la foto: Ary Rogerio Silva, OPS.

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. Una siendo que fue la primera reunión regional de su tamaño y magnitud que se ha llevado a cabo en Cuba. 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 fue presentado al Consejo Directivo y aprobado en septiembre del 2015². 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. ■

El plan ya ha sido aprobado por el Comité Ejecutivo de la OPS y fue presentado al Consejo Directivo y aprobado en septiembre del 2015². 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. ■

¹ Los temas presentados en este número del Boletín de Inmunización fueron marcados "Para Decisión" para la reunión del GTA del 2015. Una lista completa de temas se puede ver en el Informe GTA del 2015, disponible en internet en <http://www.paho.org/inmunizacion/GTA-informes>.

² Cierta información y fechas específicas relacionadas al RIAP en este número del Boletín de Inmunización se han actualizado para reflejar el progreso que ha ocurrido desde julio del 2015.

En esta edición

- 1 XXIII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación
- 1 Plan de Acción Regional sobre Inmunización
- 3 Monitoreando el progreso de la inmunización con el Formulario Conjunto para la Notificación de la OPS/OMS-UNICEF

- 4 Actualización sobre el estado de la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita
- 5 Oportunidades perdidas de vacunación
- 6 Transición al uso de las jeringas autodesactivables
- 8 COLUMNA: Lo que he aprendido... por J. Peter Figueroa

Plan de Acción Regional sobre Inmunización

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%³. 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

³ Datos provisionales al 26 de junio del 2015.

RIAP cont. página 1

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 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 ajustaras 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 se presentó y aprobó en el 54.º Consejo Directivo que se llevó a cabo en septiembre del 2015. 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 de rutina 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. ■

Monitoreando el progreso de la inmunización con el Formulario Conjunto para la Notificación de la OPS/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 para la notificación conjunta 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 y 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, que se celebró en septiembre del 2015, los Estados Miembros aprobaron la adopción del Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP), que es la adaptación del GVA para el contexto de las Américas. El RIAP aportará la hoja de ruta para alcanzar las metas de inmunización a nivel regional. El JRF 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). 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 de rutina, incluido el costo de las vacunas
- Gasto público en la vacunación de rutina, 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 de rutina 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 GVA 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

JRF cont. página 3

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 RIAP. 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 más 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 más 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 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), Guayana 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

RUBÉOLA cont. página 4

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 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.

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. ■

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).

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

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 (ALC) 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 ALC.

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

OPORTUNIDADES PERDIDAS cont. página 5

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 a 1.500 padres y a 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 ALC. 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. ■

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.

En 1999, la OMS, UNICEF y FNUAP expidieron una política conjunta⁷ 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 AD para la inmunización.

JERINGAS AD cont. página 6

De acuerdo con ésta política se establece el uso de jeringas AD, 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 AD 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 AD, las cuales son precalificadas después de un proceso de revisión de los dosieres. La OMS en colaboración con ISO han desarrollado los estándares de calidad.⁸

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 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.

Las recomendaciones propuestas por el Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS, en la XIII reunión convocada en Canadá, abril 1999⁹ 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 AD. 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. Disminuyen 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. Menos espacio muerto, lo que permite que 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:

- Promover la práctica de inyección segura como uno de los componentes de la vacunación segura.
- Introducir nuevas tecnologías como jeringas AD.
- Garantizar la calidad de las jeringas.
- Desarrollar capacidad de verificación de calidad en los países.
- Capacitar 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 AD, 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 AD. 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.

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).

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

Recomendaciones:

- El GTA recomienda que para el final del 2020 todos los países deberán usar en la vacunación solo jeringas AD para la vacunación.
- Se debe realizar capacitación sobre el uso de las jeringas AD 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 AD 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.
 - Adecuada recolección/incineración adecuada de los materiales de inyección utilizados. ■

Empezando en el 2015, el *Boletín de Inmunización* se publicará cuatro veces al año, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

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

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

ISSN 1814-6252

Volumen XXXVII, Número 3 • Septiembre del 2015

Editora: Hannah Kurtis

Editores asociados: Cuauhtémoc Ruiz Matus y Octavia Silva

©Organización Panamericana de la Salud, 2015.
Todos los derechos reservados.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
Américas

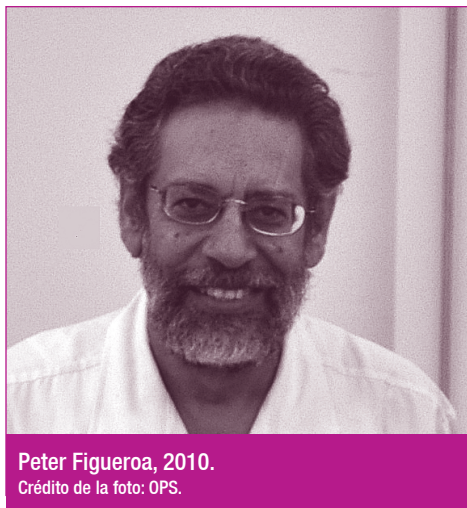
OFICINA REGIONAL PARA LAS

Unidad de Inmunización Integral de la Familia

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

COLUMNA: Lo que he aprendido...

Por J. Peter Figueroa, presidente elegido recientemente del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS (GTA).



Peter Figueroa, 2010.

Crédito de la foto: OPS.

su ardua labor mostraron la importancia de un buen liderazgo y lo que se puede lograr en el ámbito de la salud sin importar los retos.

Ciro fue muy creativo a la hora de lograr que los responsables de las políticas sintieran el PAI como un programa propio puesto que les permitió establecer las metas de eliminación de las enfermedades y les atribuyó el mérito al lograrlas. Para asegurar la sostenibilidad del programa, trabajó para que los países compraran sus propias vacunas y para que los gobiernos promulgaran leyes sobre la inmunización en las que se estableciera que se debía vacunar a los niños y se debía proteger el presupuesto del PAI.

Tras una reunión de los gerentes del PAI del Caribe que tuvo lugar en Jamaica en 1989, en la que tuve el honor de ser el presidente, Giro reconoció mi talento para presidir reuniones y me nombró para ocupar ese puesto en las reuniones anuales. En 1991 me invitó a incorporarme al Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS. Al organizar reuniones del GTA en las que los gerentes del PAI estaban presentes, Giro se aseguró de que los expertos científicos comprendieran los muchos retos que los gerentes del PAI enfrentaban y se beneficiaran de su gran experiencia y sabiduría práctica. A su vez, los gerentes del PAI escuchaban de primera mano las deliberaciones y participaban en el análisis de cuestiones sumamente técnicas y, de ese modo, comprendían el sustento de las decisiones que tomaba el GTA. Sería importante que otras regiones de la OMS adoptasen este enfoque, que ha contribuido enormemente al éxito del PAI en

la Región de las Américas. Recuerdo mis primeras reuniones del GTA con el doctor D. A. Henderson en la presidencia, quien elogiaba el compromiso y la labor de los gerentes del PAI y sus equipos.

Cada uno de nosotros tenemos que trabajar con ahínco para mantenernos a la corriente de los desarrollos en el campo de la vacunación, y permanecer abiertos a los nuevos enfoques y áreas de aprendizaje. Mi participación en los comités consultivos de erradicación de la poliomielitis, trabajos de asesoramiento, el SAGE de la OMS, el GTA y otros comités me ha convencido de la importancia de trabajar en equipo, de aprender los unos de los otros y de tomar decisiones de manera colectiva. Las circunstancias y las culturas varían enormemente, las perspectivas difieren y la ciencia es dinámica. Nuestro talento, nuestros conocimientos especializados y nuestra experiencia son una fuente de ideas y sabiduría que, a pesar de todo, son limitadas e incompletas, y deben complementarse y ser cuestionadas críticamente por otras perspectivas y experiencias. Cuando colaboramos somos más fuertes, más sabios y tenemos más resiliencia al enfrentar nuevos retos y alcanzar nuestras metas.

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

Formar parte del movimiento de inmunización en la Región de las Américas y haber tenido la oportunidad de trabajar junto a tantas personas de gran talento y dedicación me ha permitido aprender mucho. Cuando conocí a Giro De Quadros, yo era epidemiólogo nacional en Jamaica, una pequeña isla del Caribe. Giro y yo congeniamos muy bien dada nuestra pasión por la salud pública y la creencia de que podríamos lograr un cambio. Su visión, su compromiso, su insistencia en mantener los estándares más altos y