

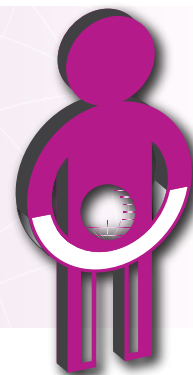
Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XL Número 3

Proteja a su familia vacunándola

Septiembre del 2018

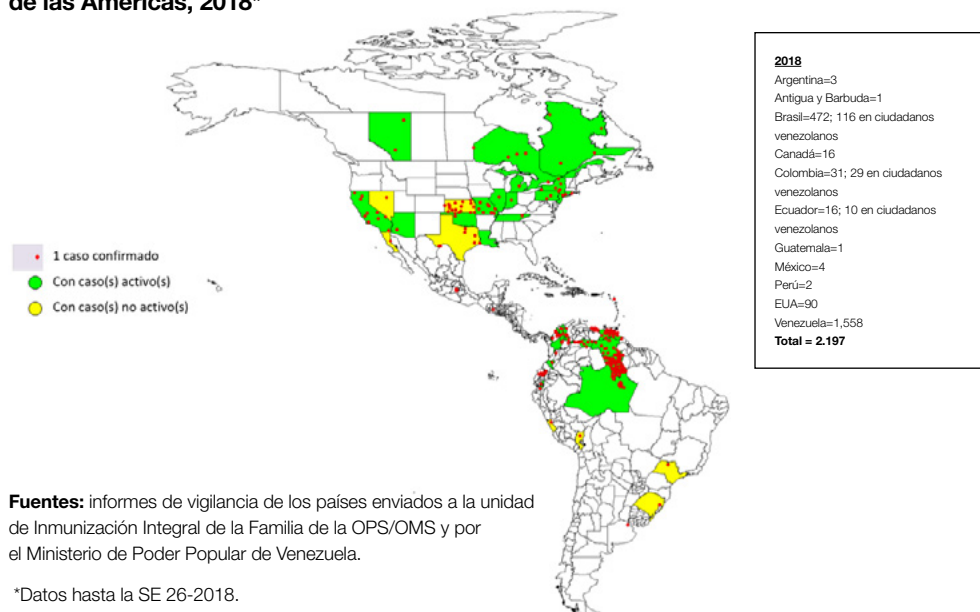


El reto de mantener la eliminación del sarampión en la Región de las Américas, 2017-2018

Situación epidemiológica en la Región

Hasta el 30 de junio del 2018 (semana epidemiológica [SE] 26), se han confirmado un total de 2.197 casos de sarampión en la Región de las Américas. En la actualidad hay brotes de sarampión en seis países: Brasil (n=472), Canadá (n=16), Colombia (n=34), Ecuador (n=16), Estados Unidos (n=90) y Venezuela (n=1,558) (figura 1). Once países han notificado brotes de sarampión en el 2018, en comparación con solo cuatro países en el 2017. Los países con brotes en el 2017 fueron Brasil, Canadá, Estados Unidos y Venezuela.

Figura 1. Brotes actuales (activos) y pasados (no activos/interrumpidos) en la Región de las Américas, 2018*



Fuentes: informes de vigilancia de los países enviados a la unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS/OMS y por el Ministerio de Poder Popular de Venezuela.

*Datos hasta la SE 26-2018.

El sarampión en Venezuela

Entre la SE 26 del 2017, cuando se confirmó el primer caso de sarampión en el estado Bolívar, y la SE 22 del 2018, se notificaron 2.285 casos de sarampión confirmados en Venezuela: 727 (32%) en el 2017 y 1.558 (68%) en el 2018. El Distrito Capital (Caracas) notificó el 59% de los casos confirmados en el 2018, seguido muy de cerca por Delta Amacuro, el segundo estado más afectado. El genotipo D8 del virus de sarampión fue identificado en muestras recolectadas de los casos, correspondiendo a un genotipo D8 nuevo importado sin vínculo al virus de genotipo D8 endémico que había previamente circulado en las Américas. La proporción más alta de casos se dio en menores de 5 años, seguida por el grupo de niños de entre 6 y 15 años. A nivel nacional, se notificaron 35 defunciones, 33 de las cuales (94%) se registraron en el estado Delta Amacuro, donde se han notificado casos desde la SE 33 del

Ver **SARAMPIÓN** página 2

En memoria de Anthony Burton



Anthony Burton.

Jubilado de la OMS, cocreador de Epi Info™, pionero en los ámbitos de la salud pública y la vigilancia, y mentor apasionado de muchos profesionales de la salud pública

Anthony Hilton Burton, mejor conocido sencillamente como Tony, murió mientras estaba de viaje en comisión de servicio en Bishkek (Kirguistán) el 12 de julio del 2018. Tenía 63 años. Se había jubilado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014, después de haber prestado servicios en la OMS durante 25 años, primero en el Programa contra el VIH y luego en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

En su juventud, Tony tocó el violín, trabajó en un pabellón psiquiátrico y estudió Filosofía en la Universidad Estatal de Georgia en Estados Unidos de América. También se convirtió en analista de sistemas especializado en bioestadística.

Tony Burton trabajó en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) entre 1978 y 1987. En los CDC, estuvo al frente en la elaboración del Sistema Electrónico Nacional de Vigilancia de Enfermedades, donde escribió la versión en BASIC del Sistema de Análisis Epidemiológico, una de las primeras herramientas que permitió a los epidemiólogos definir preguntas, introducir datos y resumir resultados en un formato tabular sin la ayuda de un programador. También ayudó a crear las primeras versiones de Epi Info™.¹⁰

Epi Info™ es un software de salud pública que inicialmente estuvo basado en el sistema operativo DOS y hoy en día sigue siendo usado por profesionales de todo el mundo en investigaciones sobre brotes de enfermedades, sistemas de vigilancia y, como permite el uso intensivo de datos, análisis estadísticos. Revolucionó la salud pública en todo el mundo, pues fue una de las primeras herramientas estadísticas que se proporcionó en forma gratuita a los investigadores y los profesionales de salud pública sin importar el lugar donde estuvieran.

En el verano de 1986, comenzó a trabajar en el módulo de análisis de Epi Info™ junto con Jeff Dean, pasante en aquel entonces, pero jefe en la actualidad del equipo de inteligencia artificial de Google. Tony y Jeff siguieron colaborando en las versiones posteriores del software, incluso

¹⁰ The Epi Info™ Story, disponible en <https://www.cdc.gov/epiinfo/story/all.html>.

EN ESTA EDICIÓN

1 El reto de mantener la eliminación del sarampión en la Región de las Américas, 2017-2018

1 En memoria de Anthony Burton

7 La OPS presenta la publicación *Registro nominal de vacunación electrónica: consideraciones prácticas para su planificación, desarrollo, implementación y evaluación*

SARAMPIÓN cont. página 1

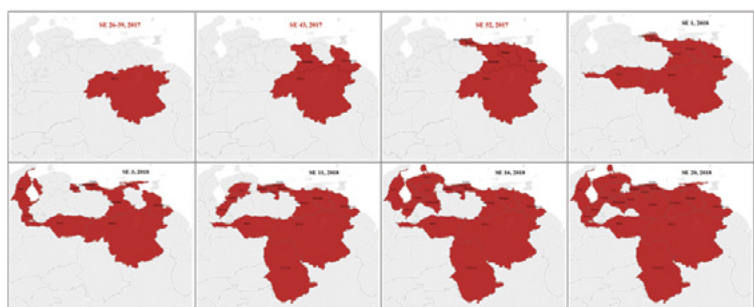
2017. Este estado venezolano linda con Guyana, y 25% de su población son comunidades indígenas warao. Otras fuentes locales de información indican que las comunidades yanomami que habitan en el municipio del Alto Orinoco y el estado Amazonas, que linda con el estado Roraima de Brasil, también han sido afectadas por el sarampión. Es importante destacar que Delta Amacuro es una zona remota de 40.200 km² en el delta del Orinoco. La mayor parte de sus poblaciones indígenas viven en zonas aisladas solo accesibles por vía fluvial y tras largas horas de viaje. Esta situación ha aumentado los costos de ejecución de las medidas de control de los brotes de sarampión, malaria y otras enfermedades. La falta de electricidad, que afecta a 80% del Amazonas, plantea otro reto para los esfuerzos de contención de enfermedades.

El riesgo de propagación dentro y fuera de Venezuela sigue siendo muy alto, debido al movimiento continuo de personas por las fronteras con Brasil y Guyana, a lo cual se suman otros factores, como la ejecución tardía de las medidas de control, la ausencia de una alerta sanitaria nacional, la vigilancia e investigación inadecuadas de casos, y la poca capacidad para aislar y manejar los casos. Además, los niveles insuficientes de cobertura de vacunación entre ciertas cohortes de nacimiento han dado lugar a grandes focos de grupos de población vulnerables. El actual brote en Venezuela representa una amenaza para los otros países de la Región. La mayoría de los Estados Miembros de la OPS (30/35) notificaron su último caso endémico antes del año 2000, es decir, hace más de 18 años.

El 22 de junio del 2018, el Ministerio de Salud de Venezuela expresó su disposición a intensificar las campañas de vacunación en los estados con la proporción más alta de casos de sarampión y ampliar sus esfuerzos para cubrir toda la nación, centrando su labor en los niños 6 meses a 15 años. Se ejecutarán tácticas y estrategias especiales para reducir la exportación del virus del sarampión a los países vecinos y lograr una cobertura homogénea de >95%. Aunque la OPS ha estado proporcionando al Ministro de Salud apoyo político, técnico, financiero y logístico desde el comienzo del brote de sarampión, la transmisión endémica se ha restablecido en Venezuela desde el 30 de junio del 2018, lo que significa 12 meses de circulación continua del virus del sarampión.

Desde el comienzo del brote en Venezuela, se ha confirmado que los casos de sarampión detectados en Colombia, Brasil y Ecuador pertenecen al mismo genotipo y clado que los casos detectados anteriormente en Venezuela. No se han confirmado casos de sarampión en Guyana hasta la SE 26 del 2018. Este país ha ampliado sus actividades de vigilancia y vacunación contra el sarampión y la rubéola como parte de su plan de preparación y respuesta para incluir las zonas fronterizas con Venezuela y Brasil. Con el apoyo de la oficina de la OPS en Guyana, el país contrató personal adicional para realizar vigilancia diaria, realizar vacunaciones de barrido para los habitantes de comunidades fronterizas y vacunar a las personas provenientes de Venezuela. Guyana también tomó medidas para el envío oportuno de muestras por mensajería al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

Figura 2. Progresión del brote de sarampión en Venezuela, 2017-2018



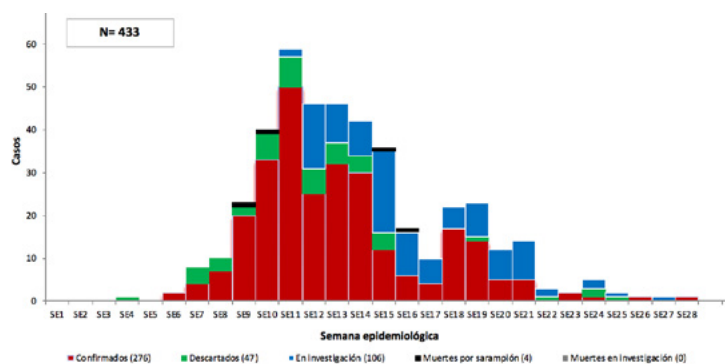
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela.

El sarampión en Brasil

Roraima

El 14 de febrero del 2018 (SE 7), el Ministerio de Salud de Brasil recibió una notificación del estado de Roraima de un caso de sarampión en un menor de un año, de nacionalidad venezolana, confirmado por laboratorio.¹ El caso aparecía en el contexto del brote de sarampión que enfrenta Venezuela desde julio del 2017 y el movimiento migratorio de su población hacia los países limítrofes, que contribuyó a la propagación del virus. A la SE 28, el estado de Roraima había notificado 422 casos sospechosos de sarampión en 11 de sus municipios y también procedentes de municipios venezolanos como Gran Sabana, Ciudad Bolívar, Maracaibo, Sifontes y El Tigre, entre otros, de los cuales se han confirmado 272 (64,4%). De los casos confirmados, 191 (70,2%) son personas originarias de Venezuela, 79 (29%) de Brasil, 1 (0,4%) de Guyana y 1 (0,5%) de Argentina (estos dos últimos casos llevan más de un año viviendo en Boa Vista, municipio de Roraima). Se confirmaron cuatro muertes por sarampión en menores de 5 años, dos brasileños y dos venezolanos, todos notificados en el municipio de Boa Vista² (véase la figura 3).

Figura 3. Casos notificados de sarampión, según la SE de inicio del exantema, Roraima (SE 1-28 del 2018)



Fuente: OPS/OMS, según los datos proporcionados por la Secretaría de Salud de Roraima.

Del total de casos confirmados en Roraima, 89 (41,2%) son miembros de poblaciones indígenas. Entre los pertenecientes al pueblo yanomami, 60 casos son nacionales venezolanos, y otros 7, brasileños. El grupo etario más afectado es el de 10 a 14 años (entre los cuales hay 18 venezolanos y un brasileño), seguido del grupo de 5 a 9 años (con 13 venezolanos). El último caso confirmado hasta la SE 28 es el de una persona indígena venezolana, con comienzo de síntomas el 11 de junio del 2018.³ Respecto a los casos confirmados en Roraima, el grupo etario más afectado es el de 1 a 4 años (56 casos), seguido del de menores de 1 año (51 casos). La tasa de incidencia de casos confirmados en Roraima es de 48,7 casos por 100.000 habitantes.⁴ Por subgrupos, la tasa más alta está entre los menores de 1 año, con 505,1 por 100.000 habitantes, seguida por la del grupo de 1 a 4 años, con 41,8 casos por 100.000 habitantes. En la SE 28 todavía se encuentran en investigación 160 casos (38,6%), aunque se han descartado 38 (9,2%).

Amazonas

El estado de Amazonas notificó el 6 de febrero del 2018 un caso sospechoso de sarampión que fue descartado, y otro caso en una niña brasileña de 4 años, con comienzo de síntomas el 12 de febrero, que tuvo contacto con ciudadanos venezolanos; este se confirmó posteriormente como un caso de sarampión. Desde la SE 6 hasta la SE 28 se notificaron 3120 casos sospechosos provenientes de 15 municipios y un caso de un residente en otra unidad federada. Del total de casos sospechosos, se han confirmado 444 casos (14,2%), todos residentes en el municipio de Manaus (véase la figura 4).⁵

¹ Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud. Informe No 1, 2017/2018. Situação dos casos de Sarampo nos estados de Roraima e Amazonas-2018. Disponible en: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/Informe-Sarampo.pdf> [fecha de acceso: 21/07/2018].

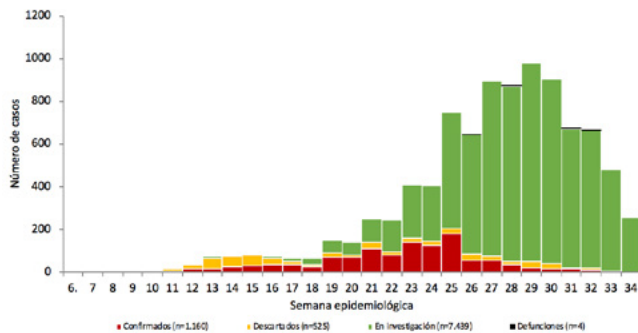
² Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud. Informe No 4, 2017/2018. Situação dos casos de Sarampo nos estados de Roraima e Amazonas. 2018. Disponible en: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/23/Boletim-4.pdf> [fecha de acceso: 21/07/2018].

³ Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud, Secretaria Especial de Salud Indígena (SESAI); Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami E Yekuana (DSEI) y División de Atención a la Salud Indígena (DIASI). Apresentação Avaliação dos casos de sarampo. Julio de 2018.

⁴ Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud. Informe No 14 2017/2018. Situação do Sarampo no Brasil. 2018. Disponible en: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/18/Informe-Sarampo-14.pdf> [fecha de acceso: 21/07/2018].

⁵ Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Boletim Epidemiológico de Sarampo do Amazonas No 17. 2018.

SARAMPIÓN cont. página 2

Figura 4. Casos notificados de sarampión, según la SE de inicio del exantema, Amazonas (SE 6-34 del 2018)

Fuente: OPS/OMS, según los datos proporcionados por la Secretaría de Salud de Amazonas.

El grupo de edad en Amazonas más afectado corresponde a los niños menores de 6 años con 220 casos (49,6%), entre los que destacan por su volumen los 114 casos en menores de 1 año. Luego sigue el grupo de 20 a 29 años con 71 casos (16%). La tasa de incidencia de casos confirmados en Amazonas es de 21,2 por 100.000 habitantes. Los menores de 1 año tienen la incidencia más alta, 306,2 casos por 100.000 habitantes, seguidos por el grupo de 1 a 4 años, con 61,7 casos por 100.000 habitantes, y el de 15 a 19 años, con 22,2 por 100.000 habitantes.⁶

Otros estados

A la SE 28 del 2018, además de los dos estados mencionados, cuatro estados más confirmaron casos de sarampión: Rio Grande do Sul (8 casos), Rio de Janeiro (7 casos), Rondônia (1 caso) y São Paulo (1 caso). Las fechas de inicio del exantema de los casos confirmados en estos estados se situaron entre el 4 de febrero y el 30 de junio. En la SE 26, los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) notificaron un caso de sarampión confirmado por reacción en cadena por polimerasa (PCR, por su sigla en inglés) en un niño de 1 año sin antecedente vacunal que visitó Manaus y regresó el 18 de junio a Estados Unidos, lugar donde reside, con inicio del exantema el 30 de junio. El caso se asoció al genotipo D8, similar al que está circulando en Venezuela y Manaus.

De acuerdo con el análisis de laboratorio realizado por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), el genotipo identificado en todos los casos confirmados de Amazonas y Roraima es el D8, con un linaje idéntico al identificado en Venezuela en el 2017. En São Paulo, el genotipo fue el D8, idéntico al que circula en países fuera de la Región de las Américas (el caso tenía un antecedente de viaje al Líbano). En Rio Grande do Sul se identificaron el genotipo B3, similar al que circula en países fuera de la Región (había un antecedente de viaje a países de Europa), y el D8, idéntico al que circula en Manaus. En Rondônia, el genotipo identificado también fue el D8, e igualmente era idéntico al que circula en Manaus.⁷

El Ministerio de Salud, en articulación con la OPS/OMS, desarrolló planes de microplanificación estadual y en los municipios priorizados durante los meses de mayo, junio y julio para vacunar a la población de 6 meses a 29 años en escuelas y casa a casa en horarios diferenciados y fines de semana.

También se llevaron a cabo acciones de respuesta rápida, actividades de comunicación social y de vinculación de talento humano para garantizar la vacunación, tareas de digitación de información, tareas de logística para la movilización y tareas de mantenimiento de la red de frío. Además, se adelantaron actividades de capacitación, reorganización de equipos de respuesta rápida y de las salas de situación y medidas de apoyo para la reorganización de la red de prestación de servicios de salud en Roraima y sus 15 municipios. Se mantienen acciones de vacunación y vigilancia comunitaria en albergues, calles y plazas públicas en las que se identifica población venezolana, así como en población indígena en albergues con predominancia de la etnia warao, y en los seis municipios con distritos sanitarios en los que hay población yanomami.

Adicionalmente, con el apoyo de la OPS, se han desarrollado acciones como la puesta en marcha el 1 de marzo de una sala de vacunación en la frontera de Brasil y Venezuela, en el municipio de Pacaraima, donde se ha vacunado con corte al 17 de julio a 27.875 personas de nacionalidad venezolana y se han suministrado 71.675 dosis de todas las vacunas del esquema de vacunación brasileño, principalmente la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) (22.378 dosis, 31,2%) y la fiebre amarilla (21.344 dosis, 29,8%). Desde marzo se vincularon tres consultores internacionales de la OPS/OMS especialistas en inmunización, vigilancia epidemiológica del sarampión y atención a población migrante en condición de vulnerabilidad, ubicados en el estado de Roraima. El 14 de marzo, la prefectura de Boa Vista declaró la situación de emergencia en salud durante 180 días por el aumento de casos de sarampión en migrantes extranjeros que llegaban por la frontera Brasil-Venezuela.⁸ Se han realizado reuniones con el personal de salud para la implementación de la sala de situación del brote de sarampión entre el municipio de Pacaraima, el estado de Roraima (Brasil) y el municipio de Gran Sabana, en el estado de Bolívar (Venezuela).

A partir de la SE 21, y con la implementación de las acciones mencionadas, se ha observado una notable reducción en la notificación de casos sospechosos de sarampión en la población brasileña como casos secundarios. La mayor parte de los casos confirmados están en la población venezolana que llega a Roraima durante el período de transmisión (véase la **figura 3**).

A raíz de la solicitud del Ministerio de Salud, el estado de Amazonas y el municipio de Manaus, la OPS/OMS inició el plan de apoyo en la segunda quincena de junio. El 29 de junio se emitió una nota técnica con información clave para respaldar la toma de decisión en Manaus relativa a la declaración de emergencia, decretada el 3 de julio durante 180 días con el objetivo de agilizar las acciones de promoción y prevención para contener la cadena de transmisión del sarampión.



Figura 5. Acciones de contención del brote de sarampión en Brasil, 2018. Fuente: OPS/OMS.

Además, en la elaboración e implementación del nuevo esquema de microplanificación del municipio de Manaus, que se inició con la movilización a partir del 16 de julio de 200 equipos de vacunación en escuelas y casa a casa en horarios diferenciados y fines de semana, se contó con el respaldo de la policía y el ejército en los barrios de difícil acceso por dificultades de orden público. Igualmente, se está fortaleciendo con capacidad técnica la elaboración de la microplanificación de los 14 municipios priorizados. Se adelantó capacitación para 36 funcionarios estaduales con responsabilidades de organización en el marco del plan de respuesta rápida, y la capacitación de los equipos de respuesta rápida de los 62 municipios del estado. Hubo apoyo también para acciones orientadas a disminuir la transmisión nosocomial en el ámbito hospitalario y de las unidades de salud, y a la reorganización de la atención de triaje, el manejo clínico, el aislamiento en las unidades hospitalarias y los servicios de pronta atención. A partir de la SE 28, la OPS/OMS ha asignado consultores internacionales especialistas en respuesta integrada del sarampión, así como consultores nacionales. Están apoyando en la reorientación de la nueva estrategia de comunicación social, educación e información dirigida a la población en general y los profesionales de salud, que incluye mensajes como "El sarampión volvió" y "Familia libre de sarampión", además de campañas de vacunación para la población de 6 meses a 29 años.

La financiación, desde el inicio del brote de sarampión hasta el 19 de julio, se ha realizado a través de los acuerdos de cooperación entre el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, además de emplear recursos propios de la OPS/OMS. Se ha

⁶ Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud. Informe No 14 2017/2018. Situação do Sarampo no Brasil. 2018. Disponible en: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/18/Informe-Sarampo-14.pdf> [fecha de acceso: 21/07/2018].

⁷ Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud. Informe No 14 2017/2018. Situação do Sarampo no Brasil. 2018. Disponible en: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/18/Informe-Sarampo-14.pdf> [fecha de acceso: 21/07/2018].

⁸ Gobierno del Municipio de Boa Vista. Noticias. Sarampo – Prefeitura decreta situação de emergência na saúde. Disponible en: <https://www.boavista.rr.gov.br/noticias/2018/03/sarampo-prefeitura-decreta-situacao-de-emergencia-na-saude> [fecha de acceso: 22/07/2018].

SARAMPIÓN cont. página 3

realizado una inversión total conjunta aproximada de US\$ 937.000. El Fondo Rotatorio de la OPS/OMS apoyó a la administración federal en la compra de 16,4 millones de dosis de vacuna SRP para atender la demanda durante el segundo semestre del año, con un valor aproximado de US\$ 68.000.000.

Los mayores desafíos para el país son alcanzar y mantener coberturas de vacunación con la primera y segunda dosis del esquema nacional (12 y 15 meses de edad) de al menos el 95%; garantizar la vacunación del 100% del personal de salud con dos dosis de la vacuna SRP; la consecución y distribución de insumos de laboratorio, que ha dificultado la confirmación y evidenciado el aumento de casos de sarampión en investigación; la confirmación de casos por nexo epidemiológico; la coherencia de la información publicada en los medios de comunicación y la emisión oficial actualizada de boletines e informes con contenidos epidemiológicos, de vacunación, respuesta rápida y comunicación.

Como desafíos de igual importancia en la prestación de los servicios también cabe mencionar el seguimiento de la implementación de los protocolos de triaje y manejo clínico, incluido el aislamiento hospitalario, la identificación de la sospecha de la enfermedad y su notificación inmediata, así como el seguimiento e implementación del protocolo de aislamiento domiciliario y social; la administración oportuna de las dos dosis de vitamina A en los niños con sarampión; y la observación de las conductas clínicas recomendadas, como el suministro de inmunoglobulina⁹ en las personas inmunocomprometidas, las embarazadas susceptibles o diagnosticadas y los menores de 6 meses.

En conclusión, el país, con el Ministerio de Salud a la cabeza junto con las secretarías estatales y municipales de salud, está comprometido con las acciones y los objetivos, pero debe alinear esfuerzos y buscar la participación de socios estratégicos, políticos, comunitarios, científicos, gubernamentales y no gubernamentales, entre otros, para mejorar las coberturas de vacunación y lograr una mejora en la prestación de los servicios de salud, la respuesta rápida y la calidad de la vigilancia epidemiológica, la comunicación social y la participación comunitaria. El objetivo es interrumpir antes de que se prolongue durante 12 meses consecutivos la cadena de transmisión del sarampión iniciada con el primer caso confirmado el 4 de febrero del 2018, algo necesario para mantener la eliminación de la enfermedad en la Región de las Américas.

El sarampión en Colombia

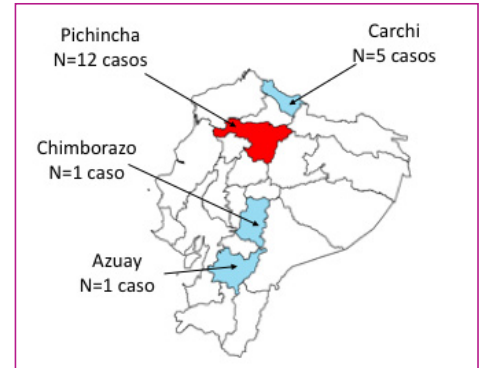
En Colombia, entre la SE 11 y la SE 26 del 2018, se confirmaron 34 casos de sarampión: 22 (65%) se importaron de Venezuela, es decir, fueron personas que cruzaron la frontera Venezuela-Colombia antes o durante su período de transmisibilidad; siete (21%) eran casos secundarios de venezolanos residentes en Colombia durante al menos cuatro meses y con antecedentes de vacunación desconocidos, dos (6%) eran ciudadanos colombianos y tres (9%) no aportaron ninguna información sobre nacionalidad. De 32 departamentos, 13 (41%) notificaron casos confirmados. Los departamentos Norte de Santander y Sucre notificaron la proporción más alta de casos (48%). Por otro lado, una alta proporción de los casos confirmados (74%) se dio en menores de 5 años. No se han registrado fallecimientos hasta la SE 26 del 2018. La genotipificación realizada en muestras de 22 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVI/HuluLangat.MYS/26.11, como el identificado en Venezuela.

El sarampión en Ecuador

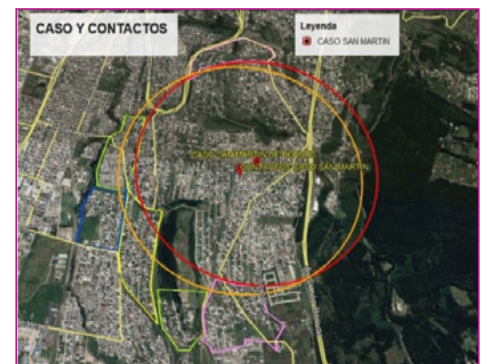
La OPS activó el 6 de febrero del 2018 una alerta epidemiológica por el sarampión en Ecuador. El 9 de marzo del 2018, la ministra de Salud del país, Verónica Espinosa, declaró la alerta preventiva temprana por sarampión, difteria y fiebre amarilla, que derivó en acciones en las nueve zonas de planificación del país como la intensificación de la vacunación, la detección y el diagnóstico precoz de casos sospechosos de sarampión, el manejo adecuado de los casos y la implementación de las medidas de control inmediato para cortar la cadena de transmisión y evitar muertes. Estas acciones contaron con el apoyo de la OPS/OMS, al igual que las capacitaciones solicitadas por el Ministerio de Salud Pública y la ejecución del plan de intervención inmediata.

Ecuador se encuentra en la fase de respuesta del plan de contingencia, lo que implica la activación y la intensificación de la vigilancia y la vacunación, así como la búsqueda activa de casos sospechosos y las acciones de bloqueo del virus del sarampión. Para cumplir con la meta de vacunación establecida en este plan, se contrató un contingente de vacunadores que se incorporaron a las brigadas. Asimismo, se fortaleció la captación temprana para la vacunación con dos dosis de SRP en niños de 12 y 18 meses, según el esquema nacional de vacunación, y se amplió la vacunación para el grupo de edad de 2 a 15 años en todo el país, como captación tardía. También se recomendaron las intervenciones de inmunización dirigidas a la población extranjera de 1 a 15 años en diversas actividades. En el puente internacional de Rumichaca, en la frontera con Colombia, se instaló un puesto de atención a la población extranjera con vacunación 24 horas al día, 7 días a la semana, con éxito en la captación de no vacunados y la búsqueda activa de la población en el punto de migración.

Vacunadores y epidemiólogos conformaron más de mil brigadas que actúan en las nueve zonas de planificación, principalmente en las cuatro zonas (provincias de Carchi, Pichincha, Chimborazo y Azuay) en las que se han reportado los casos importados confirmados de sarampión (11 en total) y los casos asociados a la importación (3 casos) hasta la SE 25 del 2018, para realizar acciones de vacunación y llevar a cabo una rigurosa investigación epidemiológica de todos los casos que permita determinar su ruta de desplazamiento e identificar los contactos directos e indirectos y los lugares donde incrementar la vacunación. También se implementaron medidas de aislamiento y un mecanismo de llamadas y visitas para el seguimiento de los



Casos de sarampión en Ecuador por provincia, hasta la semana epidemiológica 33 del 2018. Fuente: OPS/OMS, con datos oficiales del Ministerio de Salud del Ecuador.



Mapa del área asignada y ampliada de vacunación, zona 9, Ecuador. Fuente: Equipo técnico, Zona 9, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.



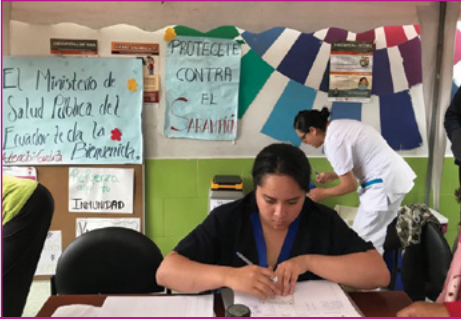
Charlas educativas a usuarios del transporte interprovincial. Fuente: Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.



Intervención en el terminal terrestre, frontera Ecuador-Colombia. Fuente: Representación de la OPS en Ecuador (Samia Samad).

⁹ Sociedad Brasileña de Pediatría. Guía práctico de atualização. Departamentos científicos de imunologia e imunizações. Atualização sobre sarampo. 2018. Disponible en: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/atualizacao-sobre-sarampo/> [fecha de acceso: 21/07/2018].

SARAMPIÓN cont. página 4



Vacunación en puesto fronterizo con Colombia situado en el Puente Internacional de Rumichaca. Fuente: Representación de la OPS en Ecuador (Samia Samad).



Campaña de vacunación contra el sarampión en Venezuela, enero del 2018. Crédito: OPS/OMS.



Campaña de vacunación contra el sarampión en Venezuela, enero del 2018. Crédito: OPS/OMS.

contactos. La OPS ha acompañado el trabajo de campo de las brigadas y ha brindado constante orientación técnica a las autoridades nacionales de salud.

En este sentido, y con la información obtenida en la investigación epidemiológica de los casos, las direcciones de salud de las zonas afectadas decidieron ampliar el área de vacunación. Esta ampliación fue debida a que se habían identificado contactos directos de los casos confirmados que trabajaban en el comercio y que, por lo tanto, podían diseminar el virus del sarampión, y se hallaron nuevos casos sospechosos que posteriormente fueron confirmados. También se realizaron acciones para la notificación voluntaria de los contactos indirectos.

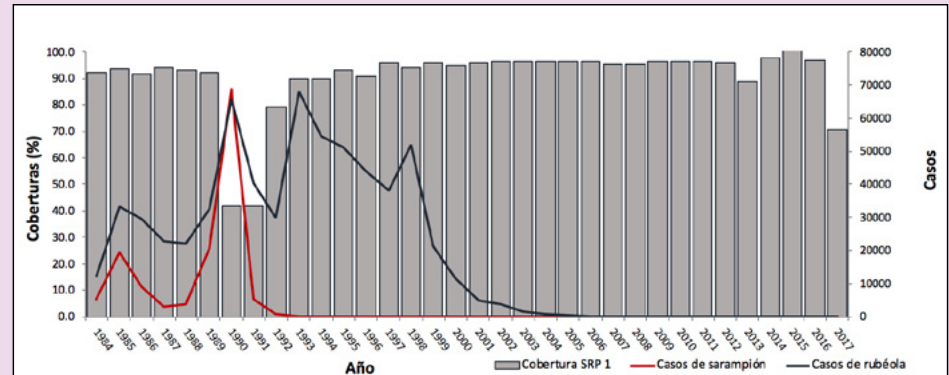
El sarampión en México

México ha realizado intervenciones eficaces en materia de vacunación, vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio. En 1995 se documentó

la última defunción por sarampión y en 1996, el último caso endémico. La vacunación es una de las intervenciones más costo efectivas para prevenir enfermedades a nivel mundial y debe considerarse un tema de seguridad nacional. México ha desarrollado las estrategias de eliminación recomendadas por la OMS/OPS, como campañas de puestas al día (1993), de vacunación acelerada a adultos de 19 a 29 años (2008) y de seguimiento (1998, 2002, 2010, 2011 y 2016), así como la aplicación de la vacuna del sarampión y la rubéola (SR) a escolares y adolescentes. Todas estas estrategias han llevado a contar con coberturas por encima del 90%.

Las coberturas de vacunación con la primera dosis de la vacuna SRP se muestran en la **figura 6**.

Figura 6. Casos de sarampión y rubéola y cobertura de vacunación con la primera dosis de la vacuna SRP en México, 1984-2017



Fuentes de los datos de la figura 6

- Población: Estimaciones a partir de los censos de población de 1980, 1990, 2000, 2010 y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México.
- 1984-1989: Dosis de vacuna SR aplicadas en la campaña de aceleración de 2008.
- 1990-1991: Estas cohortes fueron vacunadas en el periodo 2000-2005 con la vacuna SR.
- 1992-2017: Cobertura mayor alcanzada, ya sea por un programa permanente o en las campañas de seguimiento.

El resultado de la última campaña de seguimiento contra el sarampión y la rubéola, realizada en el 2016 con una inversión de más de 300000 millones de pesos, logró una cobertura nacional del 94,1%.

Dada la situación regional, la Secretaría de Salud de México ha establecido las siguientes medidas de respuesta:

1) Acciones de vacunación ante los brotes:

- **Control de casos:** Se llevará a cabo en las localidades ante la presencia de casos. Esta etapa incluye dos estrategias operativas: la primera, que se desarrolla de manera inmediata, corresponde al bloqueo vacunal; la segunda, que se desarrolla inmediatamente después de que se concluya el bloqueo vacunal, corresponde a las actividades de vacunación en áreas identificadas como de alto riesgo para la transmisión del sarampión.
- **Reducción de susceptibles:** Se desarrollará en todas las entidades federativas como modo de bloquear la transmisión de la enfermedad ante una eventual importación del virus de un país con casos. También supone dos estrategias que se aplicarán de manera simultánea: la primera estará encaminada a intensificar la vacunación a la población identificada como de riesgo para la transmisión del sarampión, y la segunda consiste en fortalecer la vacunación permanente.

Cuando el antecedente vacunal sea negativo, se aplicará la vacuna de la siguiente manera: en los niños de 1 a 6 años sin antecedente vacunal primario, se aplicará la vacuna SRP; en los niños, adolescentes y adultos de 7 a 39 años sin antecedente vacunal primario o de refuerzo, se aplicará la vacuna SR.

En localidades en las que se confirmen casos se deberá vacunar a los niños de 6 a 11 meses de edad, con una dosis de la vacuna SRP, la cual no se incluye como parte del esquema de vacunación. Se aplicará también la dosis correspondiente de vacuna SRP al cumplir un año, o dos meses después cuando se administre en mayores de 10 meses.

2) Acciones de vacunación permanente:

Las actividades permanentes de vacunación son acciones que se desarrollan de manera continua durante todo el año en los servicios del primero, segundo y tercer nivel de atención del sistema nacional de salud, enfocadas a administrar los biológicos necesarios del esquema de vacunación en los diferentes grupos etarios. Estas actividades se realizan mediante la vacunación intramuros en la red de servicios de salud y la vacunación extramuros mediante la instalación de puestos de vacunación en diversos espacios de la comunidad y la organización de brigadas que realizan visitas casa a casa en el caso de la Secretaría de Salud.

3) Plan de respuesta nacional:

México ha establecido acciones y procedimientos para evitar la introducción y la dispersión del virus del sarampión y la rubéola en el país con el objetivo de garantizar la sostenibilidad de la eliminación de estas enfermedades.

SARAMPIÓN cont. página 5

Entre las SE 1 y 26 del 2018, se confirmaron cinco casos importados de sarampión en México. El primer caso fue una mujer vacunada de 38 años residente en Tijuana (Baja California), que notificó la aparición de una erupción cutánea el 11 de febrero del 2018. Había recibido solo una dosis de la vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola. Tenía antecedentes de viaje a varios países de Europa y a los Estados Unidos durante el período de exposición. Se identificó el genotipo b3 del virus del sarampión, lo que confirmó que el contagio probablemente fue en Europa. Los otros tres casos de sarampión se confirmaron en Ciudad de México; en estos casos, la erupción cutánea apareció entre las semanas epidemiológicas 7 y 10. Se trató de una mujer de 39 años, su hijo de 1 año y la persona que lo cuidaba, de 48 años. El quinto caso se confirmó en una mujer de 20 años, en Veracruz; inicio exantema el 16 de abril del 2018 (SE 16). Tuvo antecedente de viaje a diversas ciudades de China del 6-23 de marzo del 2018. No se generaron casos secundarios y no se pudo identificar la fuente de infección. Los resultados de la genotipificación de este caso y de los casos confirmados en Ciudad de México aún no se saben.

En lo que respecta a la rubéola, en los últimos cinco años se han detectado tres brotes. Uno de ellos se produjo en el año 2017 en el estado de Querétaro, en una persona de 39 años con antecedente de viaje a Hong Kong (China). En lo que va del año 2018 se han detectado dos brotes, uno notificado en el estado de Guanajuato en un niño de 3 años, y otro brote con un caso confirmado en un hombre de 27 años, notificado por el estado de Quintana Roo. En estos dos últimos casos no se pudo identificar la fuente de infección; sin embargo, las dos personas residen en lugares con alto movimiento de personas de otras nacionalidades.

La acción indispensable para garantizar la calidad de la información que oriente la toma de decisiones es la evaluación permanente del sistema de vigilancia epidemiológica a través de los indicadores operativos de las enfermedades febriles exantemáticas. Estos indicadores deben cumplir con los estándares establecidos por las instancias internacionales, como los que se muestran en el **cuadro 1**.

Cuadro 1. Indicadores de evaluación de enfermedades febriles exantemáticas (México, 2017)

Tasa*	Detección oportuna	Notificación oportuna	Estudio oportuno	Muestra adecuada	Información completa	Oportunidad del laboratorio	
						Envío de la muestra	Resultado
2,8	92%	95%	96%	98%	100%	93%	86%

Fuente: SINAVE/DGE/SS: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Febriles Exantemáticas. *Casos por 100.000 habitantes.

Las estrategias de vacunación contra el sarampión implementadas en los últimos 27 años han sido efectivas para evitar la reintroducción del virus en el país. En México existe total interés y compromiso para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en el territorio nacional, para lo cual se da cumplimiento a la normatividad en materia de vigilancia epidemiológica del sarampión y la rubéola, incluyendo lo establecido en el Plan Nacional de Sostenibilidad de Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita. No obstante, mientras no se erradique el sarampión y la rubéola en el mundo, el riesgo de importaciones es latente; por lo tanto, no se pueden dejar de realizar las acciones de vacunación, vigilancia epidemiológica y laboratorio para estas enfermedades.

Respuesta de la OPS a los brotes de sarampión en la Región

Las principales medidas que ha tomado la OPS se han dirigido a brindar apoyo a Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela. Se ha realizado una labor de promoción a un alto nivel político con los ministros de salud y presidentes de los países, capacitación en respuesta rápida de salud pública, despliegue de consultores internacionales y nacionales para apoyar las actividades de campo, aporte de reactivos de laboratorio, vacunas y otros suministros, y movilización de recursos para sufragar los costos operativos de las actividades de vacunación. Seguidamente se especifican las acciones emprendidas:

- Promoción a alto nivel y reunión presencial entre la directora de la OPS, Carissa Etienne, y el presidente de Venezuela, Nicolás Maduro, para tratar la emergencia el 12 y 13 de junio del 2018.
- La OPS/OMS presentó una actualización sobre la situación en Venezuela y los Estados Miembros vecinos, así como un plan para mantener un programa eficaz de cooperación técnica en la 162.ª sesión del Comité Ejecutivo celebrada en Washington, D.C. en junio del 2018.
- El Comité Ejecutivo instó a Venezuela a que elaborara y ejecutara

urgentemente un plan de acción para detener la transmisión de sarampión y difteria, y recomendó que todos los países invirtieran en incrementar la cobertura de vacunación y priorizaran esta actividad para alcanzar al menos 95% de la población en todos los municipios y comunidades, y que atendieran los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.

- Desde septiembre del 2017, se han enviado en reiteradas ocasiones a cuatro asesores regionales en inmunización de la OPS para apoyar a Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití y Venezuela para prestar asistencia técnica y mantener la visibilidad de las alertas epidemiológicas al más alto nivel político.
- La Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS (IM) vigila diariamente los brotes actuales de sarampión y difteria por medio de reuniones y comunicación regulares con los puntos focales de inmunización de los países.
- Siguen en curso las negociaciones con asociados estratégicos para movilizar recursos adicionales para enfrentar la situación epidemiológica del sarampión en la Región.
- Se realizaron dos talleres subregionales sobre respuesta rápida a los brotes de sarampión en el 2017, con la participación de todos los países de habla hispana de la Región. Se han programado capacitaciones subregionales similares para los países de habla inglesa del Caribe, Colombia y Honduras para octubre del 2018. Se financiaron 10 talleres nacionales equivalentes en América Central y del Sur.
- La unidad de IM de la OPS ha movilizado fondos para financiar el plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola en muchos países, recaudando más de US\$ 500.000.
- IM ha movilizado financiamiento adicional (aproximadamente US\$ 150.000) para apoyar las actividades de vacunación y vigilancia en países vecinos de Venezuela, como Colombia y Brasil.
- La OPS está trabajando en cuatro recursos técnicos nuevos que deberían estar disponibles en los próximos dos meses para uso a nivel de país, a saber: 1) una herramienta de evaluación del riesgo de brotes de sarampión y rubéola; 2) un manual de respuesta rápida ante brotes de sarampión o rubéola; 3) un estudio de caso para la capacitación en respuestas a brotes de sarampión o rubéola; y 4) un manual de seguimiento rápido de la cobertura de vacunación.

Marco regional para la posverificación de la era de eliminación del sarampión

En el 2016, el Comité Internacional de Expertos para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) declaró a la Región de las Américas libre de sarampión. Ese mismo año, se notificaron en la Región 93 casos confirmados de sarampión, ninguno de los cuales representó transmisión endémica, con una incidencia regional de 0,07 casos por millón de personas, la tasa más baja alguna vez registrada. En la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2017, los Ministros de Salud aprobaron el “Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023”, con la finalidad de proteger este importante avance de salud pública.

Aunque se esperaba que este logro se mantuviera, en Venezuela ha persistido un brote de sarampión. Este brote ha durado más de 12 meses y ha dado lugar al restablecimiento de la transmisión endémica en el país.

En el **Plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas**, publicado en el 2011, se definió que el ámbito para la documentación de la interrupción de la transmisión endémica era toda la Región, en vez de los países individuales. Todos los Estados Miembros de la OPS realizaron considerables esfuerzos para documentar y verificar la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y la rubéola en sus territorios entre el 2011 y el 2016.

Para abordar este importante tema, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS recomendó, durante una reunión ad hoc que tuvo lugar en marzo del 2018, convocar un grupo de expertos sobre la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas con dos objetivos principales:

1. vigilar la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el

SRC en la Región mediante el cumplimiento de los objetivos e indicadores descritos en el plan regional de acción para la sostenibilidad;

- formular o actualizar un marco regional para la Región de las Américas a fin de vigilar la ausencia de la transmisión endémica del sarampión en la Región, así como las medidas que han de tomarse en caso de restablecimiento de la transmisión endémica.

Conclusiones

En vista del restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión en Venezuela desde el 30 de junio del 2018, la Región de las Américas ya no se considera libre de sarampión, debido a una transmisión sostenida en Venezuela por más de 12 meses. Sin embargo, los 34 Estados Miembros restantes mantendrán su estado como libre de la circulación del virus endémico de sarampión. Para brindar orientación sobre los requisitos y el proceso de reverificación de la eliminación del sarampión, el GTA examinó tres situaciones hipotéticas propuestas por el secretariado de la OPS en julio del 2018 y destacó que debe emprenderse una acción regional, incluido el seguimiento minucioso de la cobertura de vacunación, así como una evaluación metódica del riesgo. ■

Contribuidores

Brasil: Lely Stella Guzmán-Barrera, OPS/OMS

Ecuador: Samia Samad, Aida Soto, Talina Mosquera, OPS y Ministerio de Salud Pública

México:

Dirección General de Epidemiología (DGE)

Cuitláhuac Ruiz Matus, director general de Epidemiología

María Eugenia Jiménez Corona, directora general adjunta de Epidemiología

José Cruz Rodríguez Martínez, director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Norma Irene Luna Guzmán, subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Ruth Purísima González Sánchez, apoyo técnico de la DGE

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSA)

Juan Luis Gerardo Durán Arenas, director general
Verónica Carrión Falcón, directora de Salud de la Infancia y la Adolescencia

César Misael Gómez Altamirano, subdirector de Coordinación y Operación del Consejo Nacional de Vacunación

Ilse María Julia Herbas Rocha, médico especialista en epidemiología

María del Carmen González Andrade, médico especialista en epidemiología

Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud y OPS/OMS.

Sede de la OPS/OMS: Desiree Pastor y Pamela Bravo, equipo asesor técnico en sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC).

Recomendaciones del GTA para los brotes de sarampión en las Américas, julio del 2018

- El GTA reitera su recomendación anterior a las autoridades sanitarias venezolanas en el sentido de actuar decididamente para controlar la epidemia actual y evitar que continúe la exportación del virus del sarampión a otros países de la Región. Existe la urgente necesidad de alcanzar niveles altos y homogéneos de cobertura de la vacunación en la población menor de 15 años, así como de intensificar las medidas de control de brotes en municipios de alto riesgo, aquellos ubicados en zonas fronterizas y entre comunidades indígenas (por ejemplo, las poblaciones warao, yanomami y wayuu).
- El GTA insta a Brasil a que responda de forma decidida y eficiente al brote actual de sarampión para interrumpir la transmisión del virus y su propagación a otras partes del país y al resto de la Región. Hay un grave riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica en Brasil en un plazo de siete meses si no se emprende de inmediato una respuesta más enérgica.
- Dadas las amenazas a la eliminación del sarampión en la Región, el GTA insta a los países y territorios a reforzar la vigilancia del sarampión y la rubéola, intensificar las actividades de vacunación para lograr niveles de cobertura superiores al 95% con dos dosis de vacunas contra el sarampión y la rubéola en todos los menores de 5 años y responder rápidamente a los casos importados. Los países deben poner urgentemente en práctica el Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita respaldado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2017.
- El GTA recordó a los países la importancia de vacunar a los grupos poblacionales en riesgo que no tengan prueba de vacunación, como el personal que trabaja en la salud, los aeropuertos, el turismo y el transporte, así como en los servicios de migración, entre otros.

La OPS presenta la publicación *Registro nominal de vacunación electrónico: consideraciones prácticas para su planificación, desarrollo, implementación y evaluación*



El documento Registro nominal de vacunación electrónico: consideraciones prácticas para su planificación, desarrollo, implementación y evaluación tiene como propósito brindar apoyo a los administradores de los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) y su equipo en la implementación de sistemas de información para los registros nominales de vacunación electrónicos (RNVe), con base en las distintas experiencias recopiladas a nivel mundial y, en especial, en la Región de las Américas.

En este contexto, los objetivos principales de este documento son los siguientes: 1) generar conocimientos relacionados con los sistemas de información y los registros nominales de vacunación para los gestores de los programas de inmunización en los niveles nacional y subnacional; 2) proporcionar a los equipos de trabajo, gestores del PAI y especialistas en sistemas de información en salud los antecedentes y experiencias relevantes para el desarrollo, la implementación, el mantenimiento, el monitoreo y la evaluación de los sistemas de RNVe, con el propósito de apoyar en la planificación de su implementación; 3) proporcionar recomendaciones técnicas, funcionales y operativas que sirvan de base para la discusión y el análisis de los requerimientos estándares necesarios para el desarrollo y la implementación de RNVe en los países de la Región de las Américas y otras regiones; 4) servir como una plataforma para documentar e intercambiar las lecciones aprendidas y las experiencias exitosas en la implementación de RNVe.

El documento se estructura en tres grandes secciones: el contexto, la funcionalidad del RNVe y su desarrollo e implementación, considerando los procesos relevantes y su estructura. El contenido de los capítulos se sustenta en la revisión bibliográfica de aspectos relacionados con los requerimientos de los RNVe, y resume también las experiencias de los países de la Región de las Américas y otras regiones que cuentan con registros nominales o que se encuentran en fase de desarrollo e implementación. El documento se encuentra en los siguientes idiomas:

- Español: (iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34864)
- Francés: (iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34957)
- Inglés: (iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34865)

Erratas

Quisiéramos publicar dos correcciones para números anteriores del Boletín de Inmunización:

- En la sección "Haití elimina el tétanos neonatal", página 5 de la versión en inglés de **junio del 2018**, el nombre de la vacuna Td se escribió de manera incorrecta como "DT". El texto corregido es el siguiente:

"2. organizar actividades de vacunación sistemática con la vacuna Td para las mujeres en edad fértil en los departamentos de alto riesgo,

3. adoptar y poner en práctica una política de administración de

dosis complementarias de Td (niños de 4 a 6 años, adolescentes de 13 a 17 años),"

- En el gráfico de datos que figura en la publicación de **diciembre del 2017** titulado Datos de vigilancia de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita, clasificación final, 2016 (p.7) había varias cifras equivocadas para el número de casos de Bermuda, Brasil, Panamá y Perú. Estas cifras ya se corrigieron en la versión electrónica del Boletín, pero las versiones impresas no se han corregido:
 - Bermuda
 - "80" debe ser "0"
 - Brasil
 - "33" debe ser "0"
 - "181" debe ser "0"
 - "214" debe ser "0"
 - "89" debe ser "80"
 - Panamá
 - "1" debe ser "0"
 - Perú
 - En los dos casos en que hay un "4" debe ser "0"

El Boletín de Inmunización se publica 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 y más allá.

“Treinta años del *Boletín de Inmunización: la historia del PAI en las Américas*”, un compendio electrónico del *Boletín*, 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 XL Número 3 • Septiembre del 2018

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia y Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2018.
Todos los derechos reservados.

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>



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

EN MEMORIA cont. página 1



Anthony Burton.

después de que Tony se mudara a Ginebra a trabajar en la OMS, lo que hizo que Jeff tuviera que viajar hasta allá cuando estaba de vacaciones en la universidad.

En abril de 1989, Tony comenzó a trabajar en el Departamento de VIH/Sida de la OMS y en 1995 pasó al Departamento de Inmunización. En el Departamento de VIH/Sida, contribuyó a hacer las estimaciones de carga de enfermedad. En el Departamento de Inmunización, desempeñó una función central en el establecimiento de muchos sistemas de gestión de la información, haciendo hincapié en la vigilancia y los datos de cobertura a nivel de país. Siguiendo las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de 1998 (SAGE, por su sigla en inglés) de incrementar los esfuerzos y los recursos para mejorar la calidad de los datos nacionales de inmunización (y la validación de esos datos) en el contexto del fortalecimiento de los sistemas nacionales de información de salud, Tony encabezó la elaboración de un método para estimar la cobertura nacional de vacunación. Estas estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de vacunación (WUENIC, por su sigla en inglés), con algunas mejoras desde su creación, aún siguen siendo usadas hoy en día por estos dos organismos y ha generado estimaciones anuales de cobertura de diversas vacunas y dosis en todos los Estados

Miembros de la OMS y UNICEF desde 1980. La visión y los aportes de Tony en el uso estratégico de datos para fundamentar la planificación de los programas, haciendo hincapié en abordar la subvacunación, han sido invaluable. El doctor Kaushik Banerjee, quien forma parte del equipo del PAI en la OMS y anteriormente fuera director del PAI en la India, señaló que Tony “nos ayudó a usar los datos para administrar el PAI [de la India].”

Desde su jubilación en el 2014, Tony siguió trabajando con el PAI. Participó en varias reuniones y programas de capacitación, trabajó en las estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de vacunación, y brindó apoyo en encuestas sobre cobertura de vacunación. De hecho, cuando falleció estaba brindando apoyo en una encuesta sobre la cobertura de la vacunación en Kirguistán. “Murió haciendo lo que amaba” dijo su esposa en el funeral en Ginebra, con quien estuvo casado durante 24 años.

La generosidad de Tony no conocía límites. Fue mentor de un sinnúmero de personas en todo el mundo, y dejó una huella en la vida de cada una de ellas. Las siguientes frases reflejan algunos de los rasgos que caracterizaban a Tony:

- “Lo recordaremos por su practicidad al solucionar problemas y su generosidad al brindar orientación y compartir su experiencia en todo el mundo con el personal de los ministerios de salud, los colegas, los asociados y los pasantes.”¹¹
- “Tony fue una de las mejores personas que he conocido. Con él aprendí no solo sobre

estadística, salud pública e inmunización; también aprendí lo que quiere decir preocuparse por algo, ser humilde y prestar un servicio desinteresado.”

- “Celebramos una vida plena.”

Tony era un lector ávido y un brillante conversador. Hablaba con todos y siempre recomendaba algún libro magnífico; uno de sus libros favoritos era “El maestro y Margarita”, de Mijaíl Bulgákov. Su curiosidad intelectual era épica; le encantaban innumerables temas, viajar y tener una conversación inteligente.



Anthony Burton.

En el momento de su muerte, estaba leyendo acerca de la mente y dónde se encuentra, y estaba aprendiendo tai chi. Nunca olvidaremos sus risas y sus chistes. Le encantaba estar en su casa, haciendo rompecabezas en la sala de estar, dando caminatas

los domingos en la mañana por la orilla del lago Lemán en Ginebra, o marcando en el mapamundi que colgaba en la pared de su cocina los destinos de las posibles nuevas aventuras que viviría en las próximas vacaciones. Le sobrevivieron su esposa Claudine y sus hijos Ian y Fiona.

Su muerte deja un vacío enorme en nuestros corazones y representa una gran pérdida para la familia del PAI en todo el mundo, pero su vida y sus enseñanzas siempre serán recordadas por todos los que tuvimos el honor y la bendición de haberlo conocido. ■

Contribuido por: Carolina Danovaro, OMS.

¹¹ Tomado de la nota que el doctor Tedros Adhanom, Director General de la OMS, envió al personal de la Organización el 19 de julio del 2018.

¹² Tomado de la nota enviada al personal de los CDC el 26 de julio del 2018.