

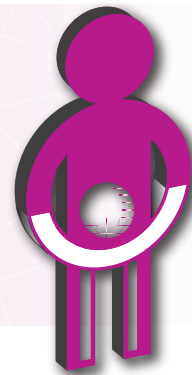
# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXVIII Número 4

Proteja a su familia vacunándola

Diciembre del 2016



## Mejoramiento de los registros de vacunación en Perú con la aplicación ODK para dispositivos móviles

En el Perú los registros de vacunación de rutina se anotaban en formularios en papel antes de introducirse a las bases de datos, lo que dificulta la obtención oportuna los datos de inmunización. Por otra parte, se desconoce el estado de la cobertura de la vacunación contra la fiebre amarilla en las poblaciones mayores de 2 años de edad.

El Ministerio de Salud del Perú y el Gobierno de la Región de Junín aunaron esfuerzos para mejorar la calidad de los registros de vacunación durante la campaña contra la fiebre amarilla encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables de las provincias de Chanchamayo y Satipo, donde se había registrado un brote. Para ello utilizaron la aplicación Open Data Kit (ODK) para móviles Android que funcionan con la versión 1.6 de iOS para Android u otra más nueva; una vez que se instala la aplicación, puede procederse a cargar el formulario.

Todos los ciudadanos peruanos disponen de un documento nacional de identidad (DNI) que incluye nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección y código de barras. La aplicación para teléfono móvil registra automáticamente la fecha de vacunación y la ubicación según el sistema de posicionamiento mundial, y escanea el código de barras del DNI para obtener los demás datos. También registra la fecha de vencimiento

del lote de la vacuna y los datos sobre la red de salud. Si la persona a la que se administra la vacuna no tiene su DNI a la mano, es posible registrar sus datos mediante un cuestionario incluido en la aplicación.

Además de registrarse en cada dispositivo móvil, los datos se envían automáticamente a un servidor en línea mediante internet. En caso de que no haya conectividad a internet, los datos se envían cuando se disponibiliza un punto de acceso a internet. Un total de 650 trabajadores de salud de cuatro redes de salud han recibido capacitación para utilizar el dispositivo. La campaña de vacunación se realizó casa a casa en las zonas urbanas y rurales.

Se ha vacunado a más de 180.000 habitantes de la Región de Junín y todas



Aplicación de teléfono móvil para los registros de vacunación contra la fiebre amarilla. Crédito: Ministerio de Salud del Perú.

han sido registradas mediante la aplicación ODK. Se alcanzó una cobertura del 87% en la zona y, lo más importante, se obtuvieron datos en tiempo real e informes inmediatos. El sistema ha tenido muy buena aceptación entre el personal de salud, que ha manifestado que "los teléfonos móviles y la aplicación son fáciles de usar y el escaneo del DNI es más práctico porque contiene todos los datos de la persona". ■

**Colaboración de:** Marcela Lazo Escalante, María Valderrama Calderón, José Pérez Lu, Jhon García Ruiz y Patricia García Funegra, Ministerio de Salud del Perú; Jorge Ruiz Cabrejos, Universidad Peruana Cayetano Heredia; y Fabiana Michel, Organización Panamericana de la Salud.

### EN ESTA EDICIÓN

- 1 Mejoramiento de los registros de vacunación en Perú con la aplicación ODK para dispositivos móviles
- 1 Análisis de la cobertura de vacunación en la Región de las Américas, 2011-2015
- 3 El switch en la Región de las Américas: un video documental
- 4 Reintroducción de la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B en Saint Kitts y Nevis
- 5 El formulario conjunto para la notificación sobre inmunización
- 6 32.a reunión anual de los gerentes del PAI del Caribe
- 7 Los pasos del JRF del 2017
- 8 COLUMNA: Lo que he aprendido... Por la Dra. Karen Lewis-Bell

## Análisis de la cobertura de vacunación en la Región de las Américas, 2011-2015

Los programas de inmunización de las Américas han contribuido al logro de los objetivos del milenio y serán pieza fundamental para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, evitando cada año, entre el 2006 y el 2011 cerca de 174.000 defunciones en menores de 5 años en América Latina y el Caribe.

En septiembre del 2015 en el 54.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se aprobó el Plan de acción regional sobre inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés), como marco orientador para la inmunización en la Región de las Américas. Este plan que está en consonancia con el Plan de acción mundial sobre vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés) de la OMS tiene como propósito continuar con el avance, además de determinar y superar los retos relativos a la inmunización que actualmente afrontan los países de la Región. A pesar de los esfuerzos realizados por los países de la Región en el logro de los objetivos planteados en el RIAP, el incrementar el acceso equitativo a la inmunización ha sido un proceso muy lento. A continuación se presenta un análisis del comportamiento de las coberturas de vacunas en la Región en el período 2011-2015.

La información para este análisis fue tomada de los informes enviados por ministerios de salud nacionales<sup>1</sup> a través del formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS/OMS y UNICEF (JRF, por sus siglas en inglés), el cual es la fuente oficial de los datos de inmunización para la Región. Los países notifican las coberturas "administrativas", las cuales se calculan dividiendo el número agregado de dosis administradas, que son informadas por el sistema de registro a través de los programas de rutina (numerador) por la población objetivo asignada (denominador). En general se utiliza la cobertura con la tercera dosis de la vacuna que contiene difteria-pertusis-tétanos (DPT3) en niños menores de un año como el indicador trazador del desempeño del programa.

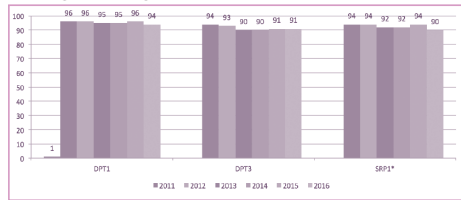
Durante el período 2011-2015, la cobertura regional para DPT3 descendió, pasando del 94% en el 2011 a 91% en el 2015. Adicionalmente, se observa un estancamiento de esta cobertura en los últimos tres años, al oscilar entre 90-91%. Durante este período se identifica en todos los años, una mayor cobertura con DPT1 que con DPT3, lo que indica que los niños <1 año tienen acceso a la vacunación (i.e., cobertura de DPT1) pero luego hay debilidad en el seguimiento de sus esquemas vacunales. No obstante, se identifica

<sup>1</sup> Se incluyen 35 Estados Miembros y 6 territorios del Reino Unido que reportaron datos, se excluyen los 3 territorios holandeses, los 3 departamentos franceses y los 4 miembros asociados por falta de reporte.

**COBERTURA DE VACUNACIÓN** cont. página 1

una recuperación de la cobertura con la vacuna que contiene sarampión al año de edad<sup>2</sup>, presentando una cobertura del 94% en el 2015, manteniendo la tendencia de los 5 años evaluados (**gráfico 1**).

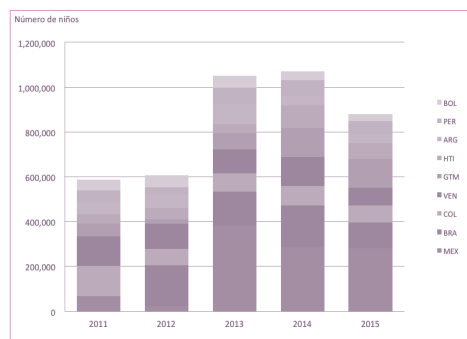
**Gráfico 1: Coberturas de vacunación por biológico 1o, Región de las Américas, 2011-2015**



\*SRP1: primera dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis

En el 2015, de los 15.251.700 niños nacidos en la Región de las Américas<sup>3</sup>, no se vacunaron con DPT3 alrededor de 1.372.000 niños. Como se observa en el **gráfico 2**, el 75% de los niños no vacunados en la Región se encuentran concentrados en 7 países. En los últimos 3 años, se observa un incremento de los no vacunados a expensas de México, quien pasó a reportar niveles de cobertura casi 10 puntos porcentuales más bajos que años anteriores, después de cambiar su sistema de información de inmunización, debido a fallas en la exactitud de los datos recolectados<sup>4</sup>. Llama la atención que Colombia, Venezuela y Guatemala sean responsables de 30% de los no-vacunados menores de 1 año, a pesar de tener solo el 12% de la cohorte de los menores de 1 año en la Región.

**Gráfico 2: Número estimado de niños no vacunados (DPT3) por año y por país, Región de las Américas, 2011-2015**



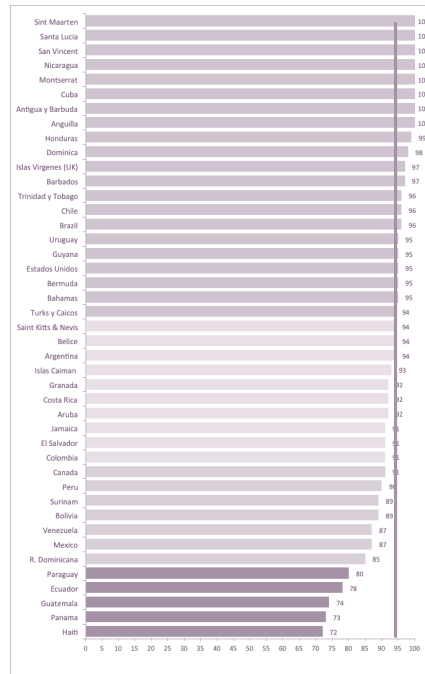
BOL: Bolivia, PER: Perú, ARG: Argentina, HTI: Haití, GTM: Guatemala, VEN: Venezuela, COL: Colombia, BRA: Brasil, MEX: México

En el 2015, de 41 países y territorios de la Región de las Américas, 33 países (80%) alcanzaron coberturas mayores al 90% con DPT3, 20 países (49%) alcanzaron una cobertura mayor al 95% y 4 países reportaron coberturas menores al 80% (**gráfico 3**). Las coberturas variaron entre 72% y 100%.

Aunque Haití es el país con más baja cobertura de

la Región, se resalta el esfuerzo que ha venido haciendo, ya que incrementó su cobertura de 60% al 72% entre 2014 y 2015. Honduras a partir del 2015 empezó a utilizar como denominador la proyección del XVII censo de población realizado en 2013, el cual comparado con las proyecciones del censo 2001, muestra una reducción del denominador de menores de un año de 30.246 niños, reflejando mejor la verdadera cobertura de vacunación que tiene el país. Por otro lado, Panamá fue el país que más disminuyó en su cobertura con DPT3 en 2015, comparado con el 2014 (80% a 73%, respectivamente).

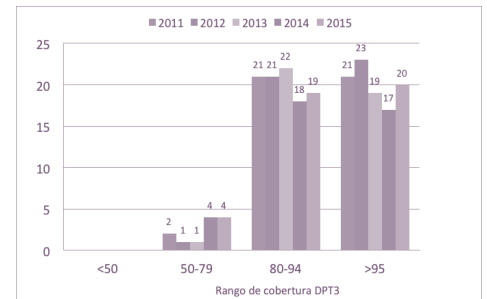
**Gráfico 3: Cobertura administrativa reportada con DPT3, Región de las Américas, 2015**



Del 2011 al 2015, 10 países y territorios han mantenido la cobertura de DPT3 por encima del 95% por 3 años consecutivos. Como se observa en el **gráfico 4**, del 2011 al 2015, no es posible identificar una tendencia homogénea hacia la mejora en el comportamiento de las coberturas por países según los rangos establecidos (mayor o menor del 95%). Algunas razones que podemos proponer, además de que es muy lenta la mejoría en las coberturas cuando esta ya excede el 80%, incluyen: 1) cambios en la forma en que se hace la medición (por ejemplo, la introducción de nuevos sistemas de información o cambios en el denominador); 2) los incrementos marginales en las coberturas pueden darse por acciones puntuales a las que no se les da seguimiento sistemático o no se mantienen en el tiempo, 3) las disminuciones pueden darse al experimentar reducción en los recursos humanos, supervisión, desabastecimiento y/o entrenamiento, entre otros.

La tasa de deserción entre la primera y tercera dosis de DPT en la Región se encuentra en 6,4%, es decir de 100 niños a los que se les aplica la primera dosis de DPT, a 6 no se les administra la tercera. Si

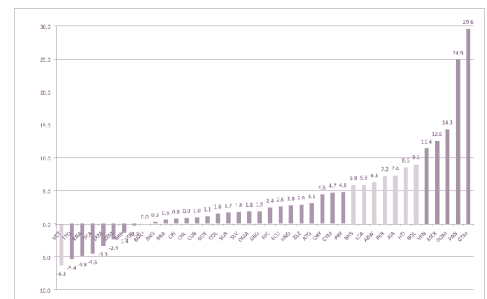
**Gráfico 4: Países según rango de cobertura reportada con DPT3, Región de las Américas, 2011-2015**



en la Región lográramos vacunar a estos niños que ya han estado en contacto con el sistema de salud al haber recibido la primera dosis, la cobertura regional sería superior al 95%.

Catorce países presentan tasas de deserción mayores del 5% (**gráfico 5**). Guatemala, Panamá, República Dominicana y México tienen las tasas más altas de deserción de la Región, revelando un problema de seguimiento de los niños para que completen su esquema básico. Una baja cobertura y baja deserción como el caso de Ecuador reflejan más bien un problema de acceso a los servicios de salud, pero buen seguimiento, pues sí logran completar el esquema básico de los niños que reciben su primera dosis. La subregión del Caribe se caracteriza por deserciones negativas reflejando probablemente la gran movilidad que existe entre las islas y la inestabilidad del denominador debido a los tamaños de población pequeños.

**Gráfico 5: Tasa de deserción DPT1-DPT3<sup>5</sup>, Región de las Américas, 2015**



Tanto el GVAP como el RIAP han establecido un indicador de cobertura a nivel municipal. La meta del RIAP es que en el 2020, 35 países o territorios tengan cobertura con DPT3 de como mínimo el 80% en cada distrito o su equivalente. Para el 2015, 13 países cumplieron con el indicador de tener el 100% de sus municipios con coberturas por encima del 80% (**gráfico 6**).

El análisis temporal de este indicador se ve muy afectado por factores tales como la falta de prioridad política de las inmunizaciones en los niveles municipales o la débil coordinación entre los diferentes niveles administrativos en los que se traslapan las responsabilidades y no se cumple con los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Haití aplica la vacuna que contiene sarampión a los 9 meses.

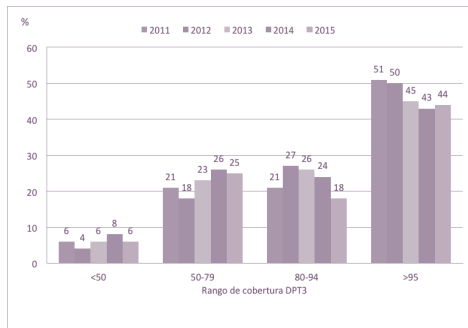
<sup>3</sup> Naciones Unidas, Departamento de asuntos económicos y sociales, División de población (2015). Prospectos de población mundial: Revisión de 2015. Nueva York. (<http://esa.un.org/wpp/>). WPP 2015: Interpolación lineal utilizando los puntos medios del quinquenio al 1 de enero.

<sup>4</sup> Grupo de expertos en asesoramiento estratégico sobre inmunización (SAGE). Organización Mundial de la Salud. 2015 Informe de evaluación del Plan de acción mundial sobre la vacunación. Disponible en [www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/SAGE\\_GVAP\\_Assessment\\_Report\\_2015\\_ES.pdf](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2015_ES.pdf)

<sup>5</sup> Deserción= (DPT1-DPT3)/DPT1\*100

<sup>6</sup> Grupo de expertos en asesoramiento estratégico sobre inmunización (SAGE). Organización Mundial de la Salud. 2016 Informe de evaluación del Plan de acción mundial sobre la vacunación. Disponible en [www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1\\_Draft\\_GVAP\\_Assessment\\_report\\_2016\\_for\\_Yellow\\_Book\\_28\\_Sep\\_2016.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1_Draft_GVAP_Assessment_report_2016_for_Yellow_Book_28_Sep_2016.pdf?ua=1)

## COBERTURA DE VACUNACIÓN cont. página 2

**Gráfico 6: Porcentaje de municipios según rango de cobertura de (DPT3), América Latina y el Caribe, 2011-2015**

Aproximadamente la mitad de los 15.000 municipios de la Región tienen coberturas por debajo del 95% y hay países (por ejemplo: Bolivia, Colombia, Haití, Perú, República Dominicana y Venezuela) con municipios con coberturas por debajo del 50%.

A la luz del Plan Estratégico de la OPS y de la visión del GVAP y del RIAP, se requiere incidir en que las inmunizaciones lleguen a todos “sin importar dónde hayan nacido, quienes sean o dónde vivan”. Es por ello que adicionalmente al análisis agregado municipal, se está promoviendo realizar análisis que permitan ver las desigualdades en inmunizaciones y sus factores asociados.

Aunque las inmunizaciones han llegado a aproximadamente el 90% de los niños de la Región, y con ello se han alcanzado hitos como la eliminación de la polio, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, debemos reconocer este 10% al que aún no llegamos y poner en evidencia los determinantes sociales de las desigualdades en inmunización. La Comisión sobre los determinantes sociales de la salud en 2008 hizo tres recomendaciones generales para trabajar desde el sector salud: 1) priorizar la universalidad en salud; 2) aplicar el enfoque de salud en todas las políticas; y 3) medir la magnitud del problema evaluando la salud de la población pero en función de los cambios en la desigualdad social, es decir mejorar el promedio poblacional reduciendo las desigualdades.

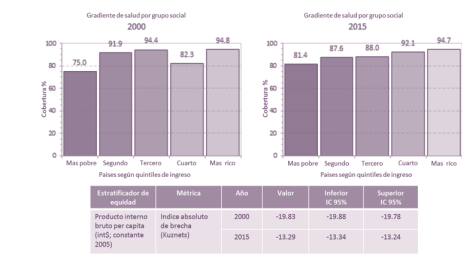
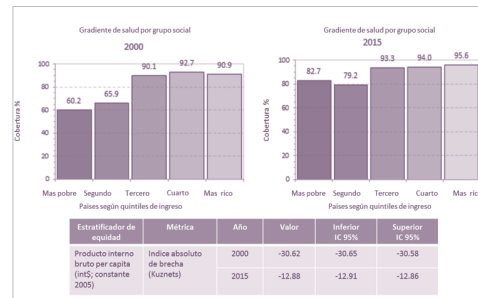
En un análisis exploratorio hecho por el programa especial de desarrollo sostenible de la OPS, presentando la desigualdad en la cobertura de DTP3 entre países según ingreso, tanto para el mundo entero como para la Región de las Américas, se observa que:

1) La Región de las Américas mantuvo la cobertura en 91% en ese período, mientras que el mundo pasó del 72% en el 2000 al 86% en el 2015.

2) Tanto para el mundo en su conjunto, como para las Américas en particular, es evidente que las coberturas de DTP3 se mantienen visiblemente inferiores en los dos quintiles más bajos de ingresos tanto en el 2000 como en el 2015.

3) La brecha absoluta entre el primer y el quinto quintil (según ingreso) en las Américas fue de casi 20 puntos porcentuales en el 2000 y se redujo a 13 puntos porcentuales en el 2015, una diferencia estadísticamente significativa (**gráfico 7**).

4) Para el mundo, aunque persisten las inequidades, la brecha absoluta se redujo de 30 a 12 puntos porcentuales en el mismo período, mostrando que se ha tenido un avance mayor en la mejora de las coberturas en los países más pobres (**gráfico 8**). Probablemente aquí se evidencie el impacto que ha tenido la cooperación internacional en otras regiones del mundo.

**Gráfico 7: Inequidades en la cobertura de DTP3 según ingreso, Región de las Américas, 2000-2015****Gráfico 8: Inequidades en la cobertura de DTP3 según ingreso en el mundo, 2000-2015**

Los retos que se nos plantean para lograr que la inmunización logre y mantenga su potencial pleno a través de llegar a todos empezando por los más desaventajados es una tarea que involucra varios frentes.

## 1) Desde la gobernanza:

a. Mantener y fortalecer el compromiso con los programas de inmunización, asegurando recursos para todas las áreas del programa como parte integral de la cobertura universal en salud.

b. Mejorar los marcos jurídicos protegiendo la sostenibilidad financiera no sólo de las vacunas sino de todas las operaciones del programa de inmunización, creando mecanismos para rendición sistemática de cuentas en todos los niveles.

## 2) Desde los servicios de salud fortalecidos:

a. Extender los servicios de inmunización (por ejemplo, flexibilizando los horarios según las dinámicas de la población) para garantizar que todas las personas tengan acceso permanente a las vacunas iniciando por los más desaventajados.

b. Aprovechar los enfoques integrados dentro del sistema de salud (insusos, vigilancia epidemiológica, etc.) y con otras intervenciones de atención primaria (desparasitación, suplementos vitamina A, etc.)

## 3) Desde sistemas de información útiles para la toma de decisiones:

a. Garantizar la gestión, el análisis y el uso de los datos de calidad en todos los niveles, incluyendo el análisis de inequidades para focalizar las intervenciones en los más desaventajados.

## 4) Desde la comunicación y movilización social:

Aunque este aspecto no fue desarrollado en este análisis, es conocida por todos la necesidad de aumentar y mantener la confianza en las vacunas. Episodios puntuales con gran impacto mediática han tenido impacto en

los programas de los países. Es por ello que es necesario 1) medir sistemáticamente las barreras para la vacunación y 2) de acuerdo con estos datos brindar información clara y ajustada a cada segmento de la población. ■

**El switch en la Región de las Américas: un video documental**Un niño recibe la bOPV en el video *El switch en las Américas*.

En el 2016, 155 países y territorios en todo el mundo pasaron a la historia al participar en una iniciativa de salud mundial coordinada que permitió al mundo acercarse un paso más a la erradicación de la poliomielitis.

Durante un período de dos semanas en abril de ese año, el sector de la salud cambió la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) trivalente por la OPV bivalente, una medida conocida como el switch. En vista de que la iniciativa supuso un acontecimiento en la historia de la salud mundial, la OPS creó un video documental que formará parte del legado de la lucha contra la poliomielitis en la Región de las Américas. En el video, publicado en diciembre del 2016, se explican los principios básicos por los cuales el mundo emprendió el cambio y cómo los países de la Región planificaron, ejecutaron y supervisaron este proceso.

El video puede verse en inglés ([www.youtube.com/watch?v=iPL9XQNH9h4](http://www.youtube.com/watch?v=iPL9XQNH9h4)) y en español ([www.youtube.com/watch?v=F9AaeQrWmbU](http://www.youtube.com/watch?v=F9AaeQrWmbU)). ■

*“Los héroes del switch son los programas de inmunización de los países de las Américas y los miles de trabajadores de salud que todos los días buscan a los niños que no están vacunados para protegerlos de la polio”.*

— Cuauhtemoc Ruiz Matus, Jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OPS

*“El switch fue un hito en la salud pública mundial. No hay otra experiencia semejante en que 155 países se unen y de manera coordinada y sincronizada retiran una vacuna de uso y empiezan a utilizar otra”.*

— Cristina Pedreira, Asesora Regional, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OPSS

*“Si queremos garantizar un mundo libre de polio tenemos que asegurar que la contención de poliovirus sea realmente un hecho alcanzable”.*

— Gloria Rey, Asesora Regional, Red de Laboratorios para las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, OPS

*“Estamos escribiendo el capítulo final de la historia de la poliomielitis y creo que esto solo sucede una vez en la vida.”*

— Patricia Arce Guzmán, Subsecretaria de la Secretaría de Salud, Bogotá (Colombia)



## Reintroducción de la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B en Saint Kitts y Nevis

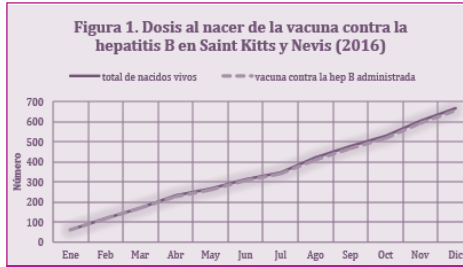
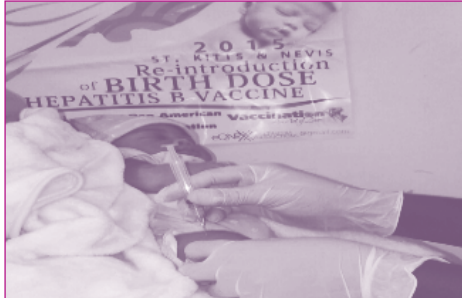


Gráfico que muestra la cobertura de la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B.



Una trabajadora de atención de salud administra la vacuna contra la hepatitis B a un recién nacido. Crédito: Mary Caines, enfermera de planta de la Unidad Neonatal del Hospital Joseph N. France.

En noviembre del 2015 Saint Kitts y Nevis introdujo con éxito la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B para prevenir la transmisión maternoinfantil de esta enfermedad en los recién nacidos, y mantuvo la estrategia de prevención en la niñez que consiste en la administración de tres dosis de la vacuna como parte del esquema de vacunación vigente contra la hepatitis B. La cobertura de vacunación fue del 98% en el primer año de ejecución (2016). Este logro se debió en gran parte al firme apoyo político del más alto nivel, la creación de un método estructurado de ejecución, la amplia movilización social, el trabajo en equipo de los trabajadores de salud, la participación de la comunidad y la confianza pública de larga data en el programa nacional de inmunización.

Hace más de 30 años, la Federación de Saint Kitts y Nevis realizó un estudio de seroprevalencia de la hepatitis B que reveló tasas de prevalencia elevadas del virus de la hepatitis B (VHB) e indicó que el mayor riesgo de contraer la infección se presentaba durante el período perinatal y en los primeros años de escolaridad. Ante esta situación, en 1988 se intentó introducir en Saint Kitts y Nevis un programa de inmunización contra la hepatitis B en los lactantes, pero se suspendió debido a las preocupaciones del público en relación con los productos derivados de plasma. En 1997 se introdujo la vacuna monovalente contra la hepatitis B (recombinante) entre los niños de 0 a 5 años de edad y en el 2000 se suspendió para incorporar la introducción satisfactoria de la vacuna contra la hepatitis B como parte de la vacuna pentavalente administrada a los lactantes de 2, 4 y 6 meses, según lo recomendado. La vacuna, que normalmente se administra en una serie de tres dosis, protege a más del 95% de los lactantes sanos.

La Federación siguió vigilando la prevalencia de la hepatitis B en la población y colaboró con el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y la OPS en el 2011 y el 2012 para realizar un estudio

Planificación y programación	Capacidad programática	Movilización social	Vigilancia epidemiológica	Seguimiento y evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión de los interesados directos para presentar al ministerio de salud los resultados del estudio realizado por los funcionarios de la OPS (julio del 2013)</li> <li>• Actividades para sensibilizar de nuevo a los proveedores de salud pública de Saint Kitts y Nevis en enero del 2014, después de la Reunión del PAI</li> <li>• Presentación a los encargados de formular las políticas de la propuesta de incluir en el esquema de inmunización la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B (febrero del 2015)</li> <li>• Adquisición de la vacuna pediátrica contra la hepatitis B a través del Fondo Rotatorio de la OPS (2015)</li> <li>• Fortalecimiento de las capacidades del personal de enfermería (abril a septiembre del 2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la capacidad de la cadena de frío en los niveles central y regional antes de introducir la vacuna</li> <li>• Evaluación de seguimiento de la capacidad de la cadena de frío y previsión de vacunas</li> <li>• Elaboración de las directrices para la introducción de la vacuna</li> <li>• Registro y documentación: Revisar el registro de vacunación para incluir la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un plan de comunicaciones para sensibilizar a los pacientes que acuden a los servicios de atención prenatal, los padres de los recién nacidos y el público general</li> <li>• Publicación y difusión de folletos y carteles dirigidos a los padres y cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la vigilancia de algunas enfermedades prevenibles por vacunación, incluida la hepatitis B, en los 21 sitios centinela actuales</li> <li>• Mejorar la colaboración con los laboratorios privados y públicos para garantizar la notificación temprana de los resultados de seropositividad para el virus de la hepatitis B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de sitios centinela que presentan informes semanales: al menos 90%</li> <li>• Tasa de notificación: al menos tres (3) madres con HBsAg por cada 1.000 nacidos vivos al año</li> <li>• Al menos 80% de casos con muestra adecuada enviada para la prueba de detección de HBsAg</li> <li>• Al menos 80% de casos positivos con investigaciones oportunas</li> <li>• Realizar visitas de campo mensuales durante los primeros 6 meses para comprobar el cumplimiento de los protocolos</li> <li>• Elaboración de gráficos mensuales de la cobertura de vacunación contra la hepatitis B para mostrar los progresos</li> </ul>

Plan de acción para introducir la vacuna contra la hepatitis B en los recién nacidos en Saint Kitts y Nevis.

de seroprevalencia que evaluará la respuesta a la vacuna. Se seleccionó una muestra representativa (n=317) de la población prenatal en los sectores público y privado. Los resultados del estudio revelaron que el 3,2% de las embarazadas presentaban seropositividad al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) y el 52,4% no tenían anticuerpos contra este antígeno (anti-HBs).

Los hallazgos del estudio sirvieron de base para la recomendación de hacer cambios a la política y el esquema de inmunización a fin de reintroducir la dosis de nacimiento de la vacuna recombinante contra la hepatitis B, que se administra durante las primeras 24 horas de vida, de conformidad con la recomendación de la OMS del 2009. Posteriormente, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS instó a los países que aún no habían introducido la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B a que la introdujeran. La vacuna reduce 3,5 veces la probabilidad de que los lactantes nacidos de madres infectadas contraigan la infección por el virus de la hepatitis B. En Saint Kitts y Nevis casi todos los nacimientos tienen lugar en el único hospital público de cada isla y todos son supervisados por trabajadores de salud capacitados, lo que facilita el acceso a la vacuna y a un proveedor de servicios que la administre durante las primeras 24 horas de vida para obtener los mayores beneficios.

Se elaboró un plan de acción que incluye la planificación y programación, capacidad programática, vigilancia epidemiológica, movilización social y el seguimiento y evaluación.

### Movilización social

Se elaboraron y distribuyeron volantes y carteles informativos en los centros públicos y privados de

atención prenatal y prestación de servicios, y se sensibilizó a los padres antes de la reintroducción de la vacuna. Además, se dio cobertura mediática en la radio, los periódicos y los sitios web de noticias. Los mensajes de comunicación sobre la inocuidad de la vacuna estaban dirigidos a los padres.

### Capacidad programática

Se formularon directrices sobre la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B y se capacitó a los trabajadores de atención de salud para administrarla. Además, se capacitó a todo el personal de maternidad para garantizar que sea administrada inmediatamente después del nacimiento. Se le recordó al personal de salud que administrar una vacuna o una inyección al nacer no es una práctica nueva, ya que están habituados a administrar inyecciones de vitamina K y han sido adiestrados para manejar las técnicas de inyección. Durante el primer mes de introducción de la vacuna también se contó con la supervisión del personal de enfermería de las comunidades, que permaneció hasta que el personal se sintiera cómodo con la técnica.

### Manejo de la cadena de frío

Los refrigeradores para vacunas, conseguidos gracias a los esfuerzos conjuntos de una organización no gubernamental y del Ministerio de Salud, se instalaron en las unidades neonatales de los hospitales. Se realizaron evaluaciones del estado actual de la cadena de frío para determinar las necesidades, no solo en relación con la introducción de la vacuna contra la hepatitis B en los recién nacidos sino también de otras vacunas que se encuentran en estudio para su futura introducción.

### Seguimiento y evaluación

Se formularon indicadores de seguimiento con énfasis

## HEPATITIS B cont. página 4

en la cobertura, la cadena de frío, el suministro de las vacunas, las madres con seropositividad al virus de la hepatitis B, los recién nacidos prematuros y los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización. Se realizaron visitas semanales de supervisión a las unidades neonatales de los hospitales y se presentaron informes mensuales. El seguimiento y la vacunación continua de los lactantes se llevaron a cabo en los consultorios pediátricos.

**Documentación**

El uso de un cuaderno de registro de la vacuna contra la hepatitis B en las unidades neonatales permitió

garantizar la exactitud de la documentación; también se llevaron registros simultáneos de las vacunas administradas en los archivos clínicos neonatales, los registros de parto, los registros ambulatorios y los registros de salud del niño para llevar al hogar.

**Impacto**

La aceptación de la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B ha sido del 100% y se ha alcanzado una cobertura del 98% desde su introducción. De cara al futuro, además de dar seguimiento a la cobertura de vacunación contra la hepatitis B, la Federación se beneficiaría de realizar un estudio

de seroprevalencia entre la cohorte acumulada de niños vacunados durante al menos cinco años, es decir, la cohorte de niños de 4 a 5 años de edad en el momento del estudio. Esta evidencia respaldará la documentación de la eliminación de la transmisión vertical y horizontal de la hepatitis B en Saint Kitts y Nevis.

**Colaboración de:** Eulynis Brown, Ermine Jeffers, Rhonda Lowry-Robinson, Sonia Daly-Finley, Aldris Pemberton-Dias, Retna Walwyn Brown y Hazel Laws, Ministerio de Salud de Saint Kitts y Nevis; Patrice Lawrence-Williams y Karen Lewis-Bell, OPS.

## El formulario conjunto para la notificación sobre inmunización

El formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/UNICEF (JRF por sus siglas en inglés) es una herramienta para recopilar información anual actualizada sobre la estructura, las políticas, el desempeño y la repercusión de los sistemas nacionales de inmunización. El objetivo de este proceso es obtener datos exactos y actuales sobre los avances de los programas de inmunización de todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y difundirlos a todos los interesados. Los datos notificados mediante el JRF son la fuente oficial de información del país y pueden consultarse en línea en [www.paho.org/immunization/data](http://www.paho.org/immunization/data).

Desde los años ochenta la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recopila los datos sobre los indicadores de inmunización y las enfermedades prevenibles por vacunación. En un principio, mediante un sistema basado en DOS (conocido como PAISIS) se recogían datos sobre la morbilidad, mortalidad y de población, así como las dosis administradas, que permitían calcular la cobertura administrativa. Con el transcurso de los años, se agregaron otras preguntas a lo que comenzó a conocerse como "las tablas del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS", que incluían apartados relativos a la morbilidad y mortalidad por grupo etario, cobertura por municipio, calendario de vacunación, indicadores de desempeño del sistema, datos financieros y de seguridad de las vacunas. En un inicio los datos se solicitaron con periodicidad trimestral y, posteriormente, bianual. En 1997 la OMS y el UNICEF sumaron esfuerzos para recabar datos relacionados con la vacunación, debido a que ambas organizaciones estaban recopilando y utilizando indicadores programáticos similares, y así surgió el JRF.

En noviembre del 2004 se celebró una reunión global para intercambiar experiencias acerca de los procesos actuales de recopilación y análisis de los datos regionales a fin de llegar a un consenso sobre la versión del JRF 2005 (datos del 2004), revisar el contenido y simplificar el procedimiento de recopilación de los datos para el JRF. Entre los participantes se encontraban representantes de todas las regiones de la OMS (incluida la OPS) y

de UNICEF y funcionarios del Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS. En la reunión se determinaron y acordaron los datos básicos de vacunación que debían obtenerse en todo el mundo. En el 2005, las tablas del PAI se integraron al formulario de JRF de la OMS y el UNICEF, y se designó como el JRF de la OPS, la OMS y el UNICEF.

Desde entonces, la sede de la OMS ha definido, conjuntamente con las oficinas regionales, el contenido, el formato y el calendario para la recopilación de datos. Las regiones tienen la libertad de hacer modificaciones y adiciones para adaptar las estrategias de inmunización a las prioridades regionales. El JRF se revisa cada dos años, la última revisión se hizo en noviembre del 2016.

El proceso de completar el JRF comienza en febrero de cada año, cuando la OPS lo envía a los países de la Región de las Américas. En su llenado participan todas las áreas responsables del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (vigilancia, laboratorio, financiero etc.). La fecha límite para enviar el JRF es el 15 de abril de cada año. El proceso de revisión y validación comienza en la sede de la OPS, que envía a los países observaciones sobre las incongruencias, los datos faltantes y otros problemas, y les pide aclaraciones al respecto. Es importante hacer hincapié en que si los países no responden a estas observaciones o no envían sus respuestas a tiempo, puede haber deficiencias de información, retrasos en la publicación de los datos oficiales y difusión de información imprecisa.

La información recabada en el JRF se difunde mediante al menos tres publicaciones impresas de la OPS: el *Boletín de inmunización*, el folleto *Inmunización en las Américas* y los perfiles de países sobre inmunización. Asimismo, la OMS y el UNICEF producen publicaciones anuales a partir de los datos recabados mediante el JRF, así como artículos e informes de distribución mundial.

**Progresos realizados en el 2015 y el 2016**

Tras un decenio de utilizar las tablas del JRF y aplicar las recomendaciones formuladas por el grupo de trabajo sobre el Plan de acción mundial sobre vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés)<sup>7</sup> del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico

en materia de inmunización de la OMS y el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, en el 2015 se comenzaron a celebrar talleres en los países para mejorar la calidad de los datos notificados mediante el JRF. Los talleres han sido orientados a determinar y superar los diversos obstáculos encontrados en el proceso de llenar y entregar los cuadros, por ejemplo, las incongruencias en los datos, los datos faltantes y los envíos atrasados. En el 2015 y el 2016 la OPS organizó talleres sobre el JRF en Panamá (en julio del 2016, asistieron 14 países latinoamericanos), Guyana (en el marco de la 31.ª reunión anual de los gerentes del PAI del Caribe en noviembre del 2015, con la asistencia de 24 países caribeños) y Granada (en la 32.ª reunión anual de los gerentes del PAI del Caribe en noviembre del 2016, a la que asistieron 29 representantes del PAI del Caribe).

Dado que el JRF es una de las principales fuentes de información para el monitoreo y evaluación del GVAP, el Plan de acción regional sobre inmunización (RIAP)<sup>8</sup> y otras iniciativas mundiales, la calidad de sus datos es fundamental, además de que disponer de información de calidad de los países puede tener impacto a nivel global. Esto se tuvo presente durante las reuniones celebradas en Guyana, Panamá y Granada, en las que la OPS y los Estados Miembros participantes colaboraron para determinar los principales problemas y obstáculos, y concebir posibles soluciones que garanticen la calidad de los datos del JRF, en términos de puntualidad e integridad. Los participantes concibieron un enfoque más integral, congruente y crítico sobre la presentación de datos para el JRF y sobre la utilización de estos para alimentar el proceso de formulación y evaluación de las políticas nacionales de vacunación.

Por otro lado, los Estados Miembros pidieron a la OPS que mejorara la retroalimentación sobre el uso de la información recopilada mediante el JRF, y que facilitara los procesos de recopilación de los datos y las variables, así como la automatización de estas.

Como conclusión de los talleres, la OPS y los países de la Región de las Américas se comprometieron a mejorar la integridad, presentación, validación y cooperación en relación con el llenado del JRF, y a aprovechar las aptitudes adquiridas para facilitar la

<sup>7</sup> El Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020 puede consultarse en inglés, español y francés en el sitio web <http://bit.ly/1i7s8s2>.

<sup>8</sup> El Plan de acción regional sobre inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés) se puede encontrar con el nombre "CD54/7, Rev. 2" en inglés y español en el siguiente enlace: <http://bit.ly/2ti713h>



JRF cont. página 5

recopilación y la notificación de los datos y orientar la sistematización del análisis de estos datos en el marco del sistema analítico de los PAI de los países.

Con toda información obtenida en estos talleres, en octubre del 2016 la OPS asistió a una reunión organizada por la OMS en Kigali (Rwanda) con los objetivos de: 1) examinar y acordar los datos básicos y las modificaciones regionales para el JRF correspondiente al bienio 2016-2017; 2) establecer el calendario para terminar el formulario, enviarlo a los programas nacionales, enviar el acuse de recibo y analizar y difundir los datos (se requiere un calendario común para la recopilación y el análisis de los datos a fin de posibilitar la comparación y uniformidad de los datos de todas las regiones y los organismos); 3) examinar las estrategias para mejorar la calidad y la utilización de los datos de vacunación a escala local, nacional, regional y mundial; e 4) idear formas de mejorar la manera de analizar, presentar y comunicar los datos de vacunación para que todos los interesados puedan utilizarlos. En esta reunión la OPS presentó los principales resultados de los talleres y analizó la opinión técnica de la Región de las Américas sobre la información requerida en los niveles regional y mundial.

#### Recomendaciones elaboradas a partir de la reunión realizada en Rwanda y de los talleres celebrados en Guyana, Panamá y Granada

- Mejorar la colaboración y fortalecer el apoyo a las oficinas en los países para mejorar la recopilación de los datos del JRF
- Mejorar la coordinación con las oficinas del UNICEF en los países y las regiones a lo largo de todo el proceso relacionado con el JRF
- Analizar con asesores técnicos a nivel regional las modificaciones que se harán al JRF y llenar las hojas de justificación cuando se agreguen o cambien los indicadores del JRF



Participantes del taller sobre el JRF celebrado en Panamá en julio del 2016. Crédito: Marcela Contreras, OPS.



Participantes del taller sobre el JRF/RIAP celebrado en Granada en noviembre del 2016. Crédito: Marcela Contreras, OPS.



Participantes del taller sobre el JRF/RIAP celebrado en Granada en noviembre del 2016. Crédito: Marcela Contreras, OPS.



Participantes del taller sobre el JRF/RIAP celebrado en Granada en noviembre del 2016. Crédito: Marcela Contreras, OPS.

- Preparar la documentación sobre el proceso relacionado con el JRF
- Aclarar y mejorar las instrucciones sobre cómo llenar los datos de los indicadores del formulario
- Mejorar la comunicación mediante retroalimentación a los países y analizando la que estos aportan en relación con los datos solicitados y recopilados
- Proporcionar capacitación o preparar directrices que sean fáciles de seguir sobre cómo llenar el formulario
- Designar a una persona para que se haga cargo de recopilar datos sobre los distintos temas en los países
- Fomentar en las reuniones regionales y subregionales el uso del JRF como una herramienta para recopilar datos que los países ya están recopilando
- Organizar reuniones dirigidas a los encargados de recopilar y notificar los datos para que todas las personas y áreas a cargo de la información conozcan el JRF
- Mejorar la automatización para facilitar el llenado del JRF
- Seguir prestando apoyo a los países y los territorios de la Región para velar por la calidad de los datos del JRF, ya que es la fuente oficial de información para supervisar la observancia del RIAP. ■

## 32.a reunión anual de los gerentes del PAI del Caribe

Los gerentes de los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) del Caribe, los profesionales de salud pública de los ministerios de salud de los países caribeños, los funcionarios de la OPS de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia y los representantes de los Estados Miembros de la OPS se reunieron en ocasión de la 32.a reunión anual de los gerentes del PAI del Caribe, que ocurrió en San George (Granada) del 28 al 30 de noviembre del 2016.

La reunión se orientó a analizar el estado de los PAI en el Caribe, haciendo hincapié en los siguientes objetivos:

- proporcionar información actualizada sobre los temas relacionados con los programas de inmunización;
- elaborar planes de acción nacionales para alcanzar las metas fijadas para el 2017;
- analizar el mantenimiento de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en la Región;

- examinar la ejecución del cambio de la OPV trivalente a la OPV bivalente, así como la contención de los poliovirus;
- examinar el estado de vigilancia y el manejo de las enfermedades prevenibles por vacunación en la época de la enfermedad por el virus de Zika; y
- evaluar las estrategias de introducción de vacunas nuevas en los países.

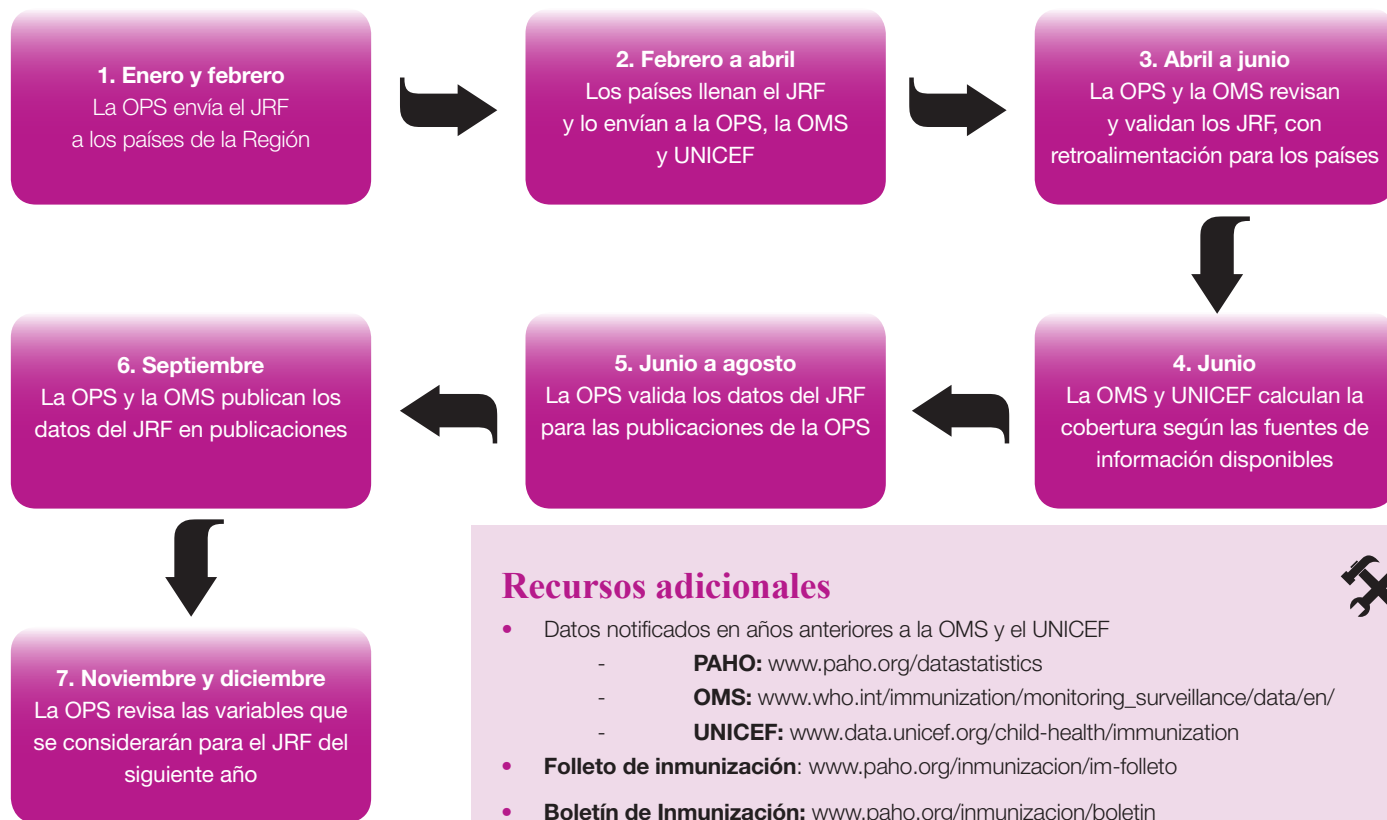
El objetivo general de la reunión fue analizar los logros alcanzados desde el 2016 y planificar las actividades que los países llevarán a cabo durante el 2017. Entre los logros regionales estuvieron la eliminación del sarampión y el cambio de la tOPV a la bOPV. En respuesta a estos logros también se analizaron los nuevos desafíos que han surgido, por ejemplo, reforzar la vigilancia de la parálisis flácida aguda como parte de la fase final de erradicación de la poliomielitis y mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Se celebraron talleres para elaborar planes de acción nacionales, planificar la introducción de nuevas vacunas y examinar el formulario conjunto

para la notificación sobre inmunización (JRF).

Los expertos presentaron información actualizada sobre diversos temas, entre ellos, la vigilancia de la fiebre y erupción cutánea en la época de la enfermedad por el virus de Zika, las estrategias de comunicación sobre el virus del papiloma humano y la presupuestación para las vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio. Posteriormente, los representantes de los países compartieron algunas experiencias de sus respectivos programas de inmunización.

Muchos países destacaron la Semana de Vacunación en las Américas, presentada por el atleta jamaicano Usain Bolt con el lema "¡Vamos por el Oro!" y destacaron el hecho de que se sincronizó con el exitoso cambio de la tOPV a la bOPV. A pesar del éxito continuo del PAI, se recordó a los gerentes de país que no deben darse por satisfechos sino más bien centrarse en una visión que permita concebir programas de inmunización aún más sólidos para el futuro. ■

## Los pasos del JRF del 2017



### Recursos adicionales

- Datos notificados en años anteriores a la OMS y el UNICEF
  - **PAHO:** [www.paho.org/datastatistics](http://www.paho.org/datastatistics)
  - **OMS:** [www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/)
  - **UNICEF:** [www.data.unicef.org/child-health/immunization](http://www.data.unicef.org/child-health/immunization)
- **Folleto de inmunización:** [www.paho.org/inmunizacion/im-folleto](http://www.paho.org/inmunizacion/im-folleto)
- **Boletín de Inmunización:** [www.paho.org/inmunizacion/boletin](http://www.paho.org/inmunizacion/boletin)

### Qué se debe hacer y qué no al llenar el JRF



- Revise las instrucciones
- **No** haga ningún cambio al formulario (es decir, no cree nuevas etiquetas y no cambie los nombres de las pestañas ni el formato de las celdas no protegidas).
- **No** deje en blanco ningún espacio (complete todas las preguntas), o bien, escriba **NA** (no aplica) o **ND** (no hay datos). En la mayoría de las celdas con cálculos automáticos se puede sobrescribir.
- Agregue la información adicional en los recuadros de "observaciones".
- Envíe el formulario a las oficinas responsables.
- Presente el formulario a tiempo.
- Manténgase en comunicación con las personas encargadas de llenar los cuadros, así como con los puntos focales de inmunización del país.
- Realice la revisión final de todos los cuadros junto con el punto focal de inmunización para comprobar:
  1. La finalización correcta de lo siguiente:
    - Cuadro 2 (esquemas),
    - Informes de las campañas,
    - Dosis tardías,
    - Desabastecimientos,
    - Actividades complementarias,
    - Cuadro 9 (financiamiento de los programas frente a la adquisición de las vacunas).
  2. La consistencia entre:
    - Cuadros 1 y 1A,
    - Cuadros 4A y 5,
    - Número de municipios: carátula y cuadro 6.
- Si necesita actualizaciones sobre los datos de país, sírvase comunicarse con Carilu Pacis, Marcela Contreras o Martha Velandia.

### ¿Por qué es importante el JRF?



- Permite dar seguimiento al desempeño de los programas nacionales de inmunización.
- Es la fuente oficial de datos para los planes de acción mundiales y regionales (GVAP y RIAP) y permite dar seguimiento a los progresos.
- Es la base para determinar los cálculos de cobertura de la OMS y UNICEF.
- Apoya el proceso decisorio, permite calcular la carga de las enfermedades prevenibles por vacunación y determina las estrategias de vacunación.
- Informa sobre el estado de vacunación de los países de la Región de las Américas a través de las siguientes publicaciones:
  - Folleto de inmunización
  - Perfiles de los países
  - Boletín informativo de inmunización
  - Indicadores de salud básicos en la Región de las Américas

Empezando en el 2015, el Boletín de Inmunización se está publicando 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](http://www.paho.org/inb).

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

ISSN 1814-6252

Volumen XXXVIII, Número 4 • Diciembre del 2016

**Editores: Octavia Silva, Martha Velandia y Cuauhtémoc Ruiz Matus**

©Organización Panamericana de la Salud, 2016.  
Todos los derechos reservados.

Boletín de Inmunización

Volumen XXXVIII Número 4

Diciembre del 2016

Organización Panamericana de la Salud 8

## COLUMNA: Lo que he aprendido...

Por la Dra. Karen Lewis-Bell, Asesora en Inmunización de la OPS, subregión del Caribe

A pesar de la transición epidemiológica que se ha observado en la mayoría de los países del Caribe y el hincapié que se hace hoy día en la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, no podemos pasar por alto las enfermedades prevenibles por vacunación y los logros relacionados a la eliminación de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola. En los últimos 25 años, desde que se registró el último caso autóctono de sarampión en el Caribe, la importación de cinco casos nos ha recordado la vulnerabilidad de la subregión, que acoge a unos 21 millones de turistas y 18 millones de visitantes en cruceros cada año. La reintroducción de estas enfermedades es una realidad. Los brotes recientes de la enfermedad por el virus de Zika me han enseñado que la vigilancia del sarampión y de la rubéola debe reforzarse y no descuidarse durante las épocas de crisis nacionales de enfermedades a fin de mantener su eliminación.

Durante mi trabajo de los últimos tres años en 25 países y territorios del Caribe de habla inglesa y holandesa he aprendido que los esfuerzos deben ser constantes para que los programas de inmunización sigan estando entre las principales prioridades de los ministerios de salud. Habida cuenta de la rotación de los trabajadores de atención de salud, casi ninguno de los actuales gerentes nacionales de los PAI han visto la mayoría de las enfermedades prevenibles por vacunación y, por consiguiente, tienen una escasa comprensión de la magnitud de su morbilidad y mortalidad. La capacitación y el intercambio constantes de información técnica actualizada son fundamentales para facilitar la creación de capacidad y aumentar el conocimiento para apoyar la comunicación con los padres y otros interesados. El mayor uso de las redes sociales y la visibilidad constante de los grupos que están en contra de la vacunación hacen necesario cambiar las estrategias y los métodos de comunicación. He aprendido que el diálogo para influir de manera favorable en la reticencia o el rechazo a la vacunación no solo debe ser rico en información técnica

### 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



Fotografía cortesía de la doctora Karen Lewis-Bell.

personalidad destacada para abogar por la causa, algo que fue posible durante la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) del 2016 gracias a Usain Bolt, el atleta campeón mundial.

El 2016 fue un año de retos para los gerentes del PAI, quienes han tenido que hacerse cargo de otras áreas además de las de inmunización y salud infantil. La gran cantidad de informes y actividades que se les exigió dificultaron la entrega oportuna de los mismos. La mayor incidencia de influenza y mortalidad asociada que afectó a varios países, la elaboración de informes sobre la contención de los poliovirus en los laboratorios, el cambio de la tOPV a la bOPV y el informe sobre el mantenimiento de la eliminación del sarampión y la rubéola, además de las actividades habituales como la SVA y la cumplimentación del JRF, fueron una carga pesada para los equipos nacionales.

Los factores que facilitaron estas tareas fueron la comunicación constante, los recordatorios oportunos,

y razonamiento lógico, sino también recurrir a las emociones y creencias éticas. A este respecto, es importante la comunicación de los riesgos y de las historias de interés humano sobre los casos de enfermedades prevenibles por vacunación. También es de gran importancia recurrir a una

persuasión sutil, la ayuda prestada por los consultores a corto plazo para realizar algunas actividades y el uso de plantillas sencillas. También he aprendido que es más probable que las tareas puedan llevarse a buen término si los objetivos que deben alcanzarse están bien enunciados y los plazos son razonables.

Si bien los países del Caribe han sido líderes en la introducción de vacunas, se han quedado a la zaga en la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano y de las vacunas antineumocócicas conjugadas. El costo de estas vacunas más nuevas ha limitado su introducción, pese a que muchos de estos países se clasifican entre los de ingresos medianos altos. Así pues, me he dado cuenta de que es necesario redoblar los esfuerzos para convencer a los gobiernos del valor social de estas vacunas y de la necesidad de que el acceso a ellas sea equitativo. Los estudios económicos y programas eficaces, así como las estrategias innovadoras de prestación de servicios ayudarán a obtener el compromiso y el apoyo necesarios. He aprendido asimismo que la introducción de estas vacunas para que sean administradas únicamente de forma voluntaria con el consentimiento informado no da lugar a una protección adecuada.

Por último, he aprendido que debemos actuar con resolución para ampliar los beneficios de la vacunación a todos, así como la participación de los interesados en la promoción de la causa, a fin de lograr y mantener una cobertura de vacunación del 95% contra todos los antígenos. ■

**El objetivo de la columna “Lo que he aprendido...” es ofrecer un espacio a los profesionales del campo de la inmunización de todo el continente americano para que compartan sus experiencias personales y las enseñanzas que han adquirido. Si desea colaborar para esta columna comuníquese con Octavia Silva al correo electrónico [silvao@paho.org](mailto:silvao@paho.org).**