

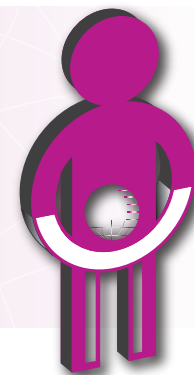
Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXIX Número 3

Proteja a su familia vacunándola

Septiembre del 2017



XXIVa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación



Participantes de la XXIV Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA), julio del 2017. Crédito: David Spitz, PAHO/WHO.

La XXIVa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se hizo en Ciudad de Panamá del 12 al 14 de julio del 2017¹. El lema para la reunión fue "¡40 años y avanzando!" elegido en celebración del 40º aniversario del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), creado en 1977.

Los objetivos de la reunión fueron revisar los avances en varias iniciativas enfocadas hacia el control y la eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) y emitir recomendaciones sobre cómo enfrentar los desafíos de los programas nacionales de inmunización en las Américas. Los siguientes temas discutidos en la reunión, 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*² y el *Plan de acción sobre inmunización: Examen de mitad de período*³ serán presentados en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017¹.

El Ministerio de Salud de Panamá abrió la reunión, expresando su complacencia en ser los anfitriones de la reunión y reconociendo que será de gran beneficio a la salud pública nacional, regional y global. La importancia del PAI en Panamá también se mencionó, por su ofrecimiento gratuito y equitativo de 23 vacunas a toda la población, incluyendo en zonas geográficas e indígenas de difícil acceso. Los éxitos del PAI de Panamá, cuyos pueden atribuirse a sus comprometidos y fuertes trabajadores de salud y a la confianza en la vacunación por su gente, pueden servir como ejemplos para otros países, pero también como contribuciones al éxito de la Región en su conjunto. El subdirector de la OPS, Dr. Francisco Becerra, y el presidente del GTA, Dr. Peter Figueroa, siguieron el discurso de Panamá y les dieron la bienvenida a los participantes de la reunión. ■

¹ Los temas presentados en este número del Boletín de Inmunización fueron marcados "Para decisión" en la reunión del GTA del 2017. Una lista completa de temas y recomendaciones se puede ver en el Informe final del GTA del 2017, disponible en www.paho.org/inmunizacion/GTA-informes

² Documento CSP29/8, disponible en <http://bit.ly/plandeaccionesrsc>

³ Documento CSP29/INF/7, disponible en <http://bit.ly/mitaddeperiodoRIAP>

EN ESTA EDICIÓN

- 1 XXIVa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación
- 1 Actualización sobre la poliomielitis y avances hacia la fase final de la erradicación
- 4 Evaluación de mitad de período sobre el alcance de las metas del Plan de Acción Regional sobre Inmunización
- 6 Uso de la vacuna anti meningocócica en el programa de inmunización de rutina
- 7 Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas
- 8 Carta de agradecimiento escrita por el Dr. Fernando Muñoz, ganador del Premio de Inmunización de la OPS

Actualización sobre la poliomielitis y avances hacia la fase final de la erradicación

Actualización sobre la situación mundial

Los países alrededor del mundo han hecho avances importantes hacia sus compromisos en la erradicación de la poliomielitis. Cada día más niños de los países donde la enfermedad aún es endémica (Afganistán, Nigeria, y Pakistán) están protegidos plenamente. A lo largo de la frontera entre Pakistán y Afganistán, considerado un reservorio de poliovirus, el número de niños con parálisis flácida aguda (PFA) sin ninguna dosis (un indicador clave de vigilancia) ha continuado disminuyendo del 24% en 2014 al 2% en 2016. En Nigeria, el 95% de los casos de PFA de 6 a 59 meses de edad recibieron más de cuatro dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV por sus siglas en inglés). En el 2016, solo se notificaron 37 casos, la cifra más baja jamás registrada. Hasta el 4 de julio del 2017, solo se habían notificado seis casos, frente a 19 durante el mismo período en el 2016. Estos tres países tienen áreas, inaccesibles debido a la inseguridad, donde el poliovirus salvaje todavía es endémico. Por ejemplo, en agosto de 2016 en Nigeria, se aislaron cuatro cepas de poliovirus salvaje tipo 1 de casos de PFA identificados entre familias desplazadas internamente en tres distritos del estado de Borno. Este fue un gran revés para los esfuerzos de erradicación mundial. Además, se sigue informando de la circulación del poliovirus derivado de la vacuna (cVDPV). En 2016, se informaron cinco casos de cVDPV, mientras que al 4 de julio del 2017, ya se han notificado 28 casos de cVDPV, en comparación con tres casos en la misma fecha en 2016.

Actualización sobre la situación regional

De conformidad con el Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final (PEESP por sus siglas en inglés), entre el 2015 y el 2016, todos los países de la Región que anteriormente solo habían administrado la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV) introdujeron una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Después, hasta abril del 2016, los 36 países que todavía estaban usando la OPV

POLIOMIELITIS cont. página 1

cambiaron de la tOPV a la bivalente (bOPV). Después del switch, los 36 países realizaron supervisiones del 100% de los depósitos y servicios de vacunación, y luego presentaron informes finales sobre el switch que fueron validados tanto por los comités nacionales de certificación como por la Comisión Regional de Certificación (RCC).

En los últimos 15 años, la cobertura de vacunación regional con la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis (polio3) ha fluctuado en la Región entre el 90% y el 94%. Sin embargo, no se ha alcanzado la meta del 95% a escala regional debido a que muy pocos países logran la meta a nivel nacional y a nivel sub nacional, la cobertura no es homogénea entre municipalidades.

La capacidad de detectar y responder a un brote depende de la calidad de la vigilancia de la poliomielitis, y el criterio de referencia para vigilar la ausencia de poliovirus salvajes o de cVDPV es la vigilancia de la PFA. Durante los últimos cinco años, la Región ha logrado una tasa de notificación de ≥ 1 caso de PFA por cada 100.000 niños menores de 15 años. El porcentaje de casos con muestras adecuadas de heces obtenidas durante los primeros 14 días tras la aparición de la parálisis, que debe ser de al menos el 80%, ha variado entre el 73% y el 79% durante los 10 últimos años y actualmente es del 75% para las últimas 52 semanas⁵. El porcentaje de casos de PFA investigados en un plazo de 48 horas después de la notificación, que debe por lo menos ser del 80%, se ha situado entre el 61% y el 91% y para las últimas 52 semanas está en 80%. En el 2016, solo Nicaragua y Paraguay cumplieron estos tres indicadores; en las últimas 52 semanas, solo Paraguay ha cumplido con los tres indicadores.

Entre el 2012 y el 2016, sólo cuatro casos de PFA fueron clasificados como compatibles. Sin embargo, al analizar los datos de PFA caso por caso, se descartaron 568 casos sin muestras de heces adecuadas o seguimiento para verificar la parálisis o secuelas residuales. Según la Guía Práctica de Polio de la OPS (2006)⁶, los casos sin muestras y seguimiento adecuados deben clasificarse como casos compatibles y deben considerarse como fallos del sistema de vigilancia.

Evaluación del riesgo de brotes de poliomielitis

Es importante que los gobiernos sepan los riesgos asociados con la importación de poliovirus salvaje o la ocurrencia de un evento de cVDPV. Por lo tanto, es necesaria una vigilancia continua en la Región para garantizar una alta cobertura vacunal y una mejora continua de la calidad de la vigilancia de la PFA para una oportuna detección y respuesta a brotes.

Con el apoyo de RCC, la OPS desarrolló un método de análisis de riesgos para evaluar el riesgo de importación y detección de poliovirus en las Américas. La metodología propone cuatro componentes de la evaluación del riesgo: i) la cobertura de vacunación, que mide el grado de inmunidad de la población; ii) la vigilancia de PFA; iii) los brotes que incluye historia de cVDPV o cualquier otra EPV y la disponibilidad de un plan de respuesta al brote; y iv) otras que incluyen factores específicos de población y sistema de salud que podrían influir en la capacidad del país para detectar y responder en caso de una importación de poliovirus salvaje o un evento de cVDPV.

El análisis se realizó recientemente e incluyó los datos reportados al formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS / OMS / UNICEF, el Sistema Integrado de Información de Vigilancia de la OPS / OMS y la situación de salud de la OPS en las Américas. El resultado de esta evaluación mostró que tres países tenían un riesgo muy alto para las importaciones de poliovirus, cinco países estaban en alto riesgo, nueve países estaban en riesgo medio y tres países tenían bajo riesgo (**Tabla 1**). Hasta la fecha, 31 países han presentado a la OPS planes para la detección y respuesta a eventos o brotes de poliovirus.

Tabla 1. Evaluación de riesgos para la importación de poliovirus en países de América Latina y el Caribe; las puntuaciones de riesgo se clasifican como muy altas (≥ 9), riesgo alto (8-9), medio (6-7) y menor (≤ 5)

No.	País	Puntuación
1	Guatemala	9,8
2	Haití	9,6
3	Venezuela	9,2
4	Brasil	8,2
5	República Dominicana	8,1
6	El Salvador	8
7	Perú	7,9
8	Ecuador	7,6
9	Paraguay	7,4
10	Panamá	7,1
11	Colombia	7,1
12	Argentina	7
13	Honduras	6,9
14	Bolivia	6,5
15	Chile	6,2
16	Nicaragua	6,1
17	Costa Rica	6
18	Uruguay	5,6
19	Cuba	5,5
20	México	4,9

Situación mundial con respecto a la contención

Las labores para confinar el poliovirus tipo 2 han avanzado desde la publicación, en diciembre del

2014, del Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado al almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes y la suspensión secuencial del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral (GAPIII, por sus siglas en inglés).

Hasta el 1° de mayo del 2017, 175 países y territorios habían notificado la ausencia de poliovirus salvajes y de poliovirus circulantes del tipo 2 derivados de la vacuna, 18 habían notificado su presencia, y 12 estaban en proceso de finalizar sus informes. Hasta la fecha, 30 países han designado 77 instalaciones esenciales para la contención de poliovirus tipo 2, pero algunos aún no han designado a la autoridad nacional que se encargará de supervisar la contención y certificar que las instalaciones designadas para este fin cumplen los requisitos descritos en el GAPIII.

El Grupo Asesor sobre la Contención (CAG, por sus siglas en inglés) está elaborando las guías para ayudar al personal de las instalaciones a detectar las muestras con probabilidad de contener poliovirus del tipo 2, las cuales incluirán recomendaciones para su destrucción o manipulación sin riesgos. Con la finalidad de apoyar la ejecución de la fase II del GAPIII, la OMS y las oficinas regionales han llevado a cabo actividades de sensibilización sobre la contención y la mejora de la capacidad nacional, entre ellas, la capacitación del personal de las autoridades nacionales encargadas de la contención y las instalaciones esenciales para poliovirus sobre la ejecución del GAPIII y la certificación.

Situación regional de contención

Alineado con el GAPIII, el plan regional para la contención de poliovirus se lleva a cabo en tres fases vinculadas a hitos de acuerdo a la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio (GPEI, por sus siglas en inglés). El plan regional se realiza en 44 países y territorios siguiendo las directrices de la OMS, las orientaciones del RCC y el apoyo técnico de la OPS. Un total de 44 coordinadores de contención de poliovirus han sido designados en la Región.

En junio del 2017, la RCC validó 19 de los 23 informes correspondientes a 18 reportes y al informe de la subregión del Caribe. Todos los países han presentado por lo menos un informe de avance de la fase I del GAP III: Contención de WPV2/VDPV2/OPV2/Sabin2. La RCC ha validado completamente tres informes para el proceso de encuesta, inventario e identificación de material infeccioso y potencialmente infeccioso con WPV2/VDPV2/OPV2/Sabin2, 18 reportes para material infeccioso y potencialmente infeccioso con WPV2/VDPV2 y 13 reportes para material infeccioso con Sabin2.

⁴ Últimas 52 semanas, finalizando en la semana epidemiológica 26 (julio del 2017).

⁵ Guía práctica para la erradicación de la poliomielitis, disponible en inglés y español en www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=787&Itemid=1617&lang=es

POLIOMIELITIS cont. página 2

En la Región, seis países han designado 31 instalaciones esenciales de poliovirus (dPEFs, por sus siglas en inglés) —dos en Brasil, cuatro en Canadá, uno en Cuba, tres en Chile, uno en México, y 20 en los Estados Unidos. Solamente dos de estos países han nominado la Autoridad Nacional de Contención (NAC, por sus siglas en inglés). Un entrenamiento regional para auditores del GAPIII que apoyen la NAC en sus esfuerzos de implementar el Programa de Certificación de Contención de Poliovirus (CCS, por sus siglas en inglés) se realizó en febrero del 2017. Cada dPEF debe presentar a la NAC la aplicación para el Certificado de Participación de acuerdo con el CCS.

Uso de dosis fraccionadas de IPV (fIPV)

Situación actual del suministro de IPV

Los dos productores mundiales de IPV, *Bilthoven Biologicals* y *Sanofi Pasteur*, han estado afrontando problemas en sus procesos de producción, lo que se ha traducido en ofertas al mercado global que no alcanzan las demandas globales de IPV. En este momento, se prevé que la situación mundial del suministro de IPV seguirá empeorando hasta por lo menos finales del 2018 con posibles mejoras previstas para el 2020.

El único proveedor del FR de la OPS que ofrece la vacuna en viales es *Bilthoven Biologicals* (US\$ 1,90 por dosis). El otro proveedor de IPV ofreció una cantidad limitada de dosis en jeringas pre llenadas (US\$ 5,30 por dosis). Esta oferta ha ayudado a reducir las deficiencias del suministro en la Región, pero no es suficiente para satisfacer la demanda total.

Como resultado de los esfuerzos conjuntos de los países, el FR y la Unidad de Inmunización Integral de la Familia (FGL/IM) de la OPS han hecho ajustes a los esquemas de entrega de vacunas. Adicionalmente, gracias a que se han mantenido conversaciones constantes con los proveedores, los países han recibido suministros suficientes de la vacuna para completar los esquemas de vacunación contra la poliomielitis. Con todo, y a pesar de que estos esfuerzos de colaboración se han mantenido, se calcula que en julio del 2017 los países de la Región empezarán a enfrentar desabastecimientos de la vacuna.

Respuesta inicial al suministro limitado de IPV

En marzo del 2016, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización de la OMS recomendó el uso de dos dosis fraccionadas de IPV (fIPV) en vez de una dosis completa de IPV, consistente con los datos disponibles sobre seroconversión, como una estrategia para optimizar el suministro de IPV disponible a nivel de país. En mayo del

2016, el GTA habló sobre la escasez mundial de IPV y la situación del suministro en la Región. Después de examinar las pruebas científicas sobre la inocuidad e inmunogenicidad de dos dosis de fIPV (0,1 ml o una quinta parte de la dosis completa) administradas intradérmicamente, el GTA recomendó que los países redujeran el desperdicio de IPV, se prepararan para enfrentar una posible escasez de IPV, fortalecieran su respuesta frente a los brotes, evaluaran su capacidad para incluir la administración intradérmica (ID) de dosis fraccionadas de IPV en sus programas de rutina de vacunación, y reforzaran la vigilancia epidemiológica.

Desde que se hicieron esas recomendaciones sobre el uso de fIPV, la situación mundial del suministro de IPV ha seguido empeorando, de modo que en marzo del 2017 el GTA celebró una reunión virtual ad hoc para tratar el problema. En esa reunión, el GTA recomendó que los países de la Región que administraban más de 100.000 dosis de IPV por año y tenían capacidad para realizar una capacitación de los trabajadores de atención de salud y una supervisión de la ejecución adecuadas de la administración ID de fIPV, debían comenzar a prepararse de forma inmediata para poner en marcha un esquema de dos dosis fraccionadas, seguidas de dos o tres dosis de bOPV (**Tabla 2**). En los casos de Guatemala, Haití y la República Dominicana, el GTA recomendó que estos países consideraran cuidadosamente su capacidad para introducir un calendario con dos dosis de fIPV, sopesando los requisitos de capacitación y supervisión y la necesidad de lograr una alta cobertura frente al riesgo de enfrentar un desabastecimiento.

Tabla 2. Recomendación regional para el esquema de vacunación contra el polio, las Américas, 2017

Esquema de vacunación	Básico			Refuerzo	
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
	fIPV	fIPV	bOPV	bOPV	bOPV

Pruebas científicas sobre el uso de dos dosis de fIPV

Las pruebas científicas que se tienen a disposición indican que dos dosis de fIPV ID presentan una mayor seroconversión contra todos los serotipos de polio que una dosis completa de IPV administrada por vía intramuscular. Además, los estudios revelan que cuanto mayor es el intervalo entre la administración de las dosis fraccionadas, mejor es la respuesta inmunológica. La administración ID produce eventos adversos con mayor frecuencia que la intramuscular, aunque generalmente se trata de reacciones locales

leves como eritema e induración.

Aspectos programáticos y operativos sobre la administración de dos dosis de IPV

En general, la administración de vacunas por vía intradérmica supone más dificultades que la que se realiza por vía intramuscular; por ello, para garantizar una administración segura es importante que todos los trabajadores de salud estén adecuadamente capacitados. Además, la supervisión oportuna de la introducción de fIPV es fundamental para garantizar la ejecución segura y efectiva de este cambio propuesto a la estrategia.

Según la política de frascos abiertos de la OMS, los viales multi dosis de IPV pueden utilizarse por un período de hasta 28 días. Las dosis fraccionadas deben administrarse con jeringas de 0,1 ml 27G x 3/8, que en algunos países son las mismas que se utilizan para administrar la vacuna BCG. Sin embargo, hay países que administran la BCG con jeringas de 0,05 ml y por consiguiente no tienen reservas de jeringas de 0,1 ml. Según la información procedente del FR, es probable que la mayoría de los países no tengan disponibilidad de jeringas de 0,1 ml para la administración de la BCG.

Para introducir un esquema de dosis de fIPV, deben tenerse en cuenta las mejoras a los sistemas de registro en los procesos de planificación, capacitación y supervisión. También, dado que la administración de dosis de fIPV por vía intradérmica se basa en evidencia científica y no se especifica en la etiqueta de la vacuna, significa que los países deberán seguir el procedimiento establecido por sus autoridades nacionales reguladoras respectivas para utilizar esta vacuna sin que la indicación este incluida en la rotulación.

El GTA considera que en la medida en que se acerque la erradicación global de la polio, hay que considerar varias recomendaciones importantes:

Recomendaciones

- El GTA insta a los países a considerar la implementación de dos dosis intradérmicas de fIPV en lugar de una dosis completa de IPV, seguido de dos o tres dosis de bOPV, debido a la escasez mundial de suministro de IPV y la evidencia de que dos dosis de fIPV proporcionan una mejor protección que una dosis completa de IPV. Los países, con el apoyo de la OPS, deben avanzar en los preparativos para la capacitación y la comunicación con los trabajadores de salud sobre la aplicación de la dosis ID de fIPV.

POLIOMIELITIS cont. página 3

Recomendaciones cont.

- El GTA reitera su recomendación de mayo del 2016, a saber, que los países deben reducir el desperdicio de IPV, prepararse para hacer frente a la posible escasez de IPV y cuando no dispongan de esa vacuna, administrar bOPV y reanudar la administración de IPV en cuanto esté disponible de nuevo, respetando siempre el intervalo mínimo de cuatro semanas entre las dosis de vacunas contra la poliomielitis.
- El GTA solicita al FR que continúe monitoreando de cerca el suministro mundial de IPV y de jeringas de 0,1 ml y trabaje en coordinación con los fabricantes de vacunas para restablecer el suministro seguro y asequible de IPV para las Américas.
- El GTA respalda la metodología regional de evaluación de riesgos de brotes de poliomielitis y alienta a los países a realizar cada año evaluaciones nacionales del riesgo de brotes para determinar el riesgo a nivel distrital. Si bien hay países con mayor riesgo que otros, el GTA hace hincapié en que hasta que la poliomielitis sea erradicada a nivel mundial, todos los países de la Región siguen expuestos a la importación de la enfermedad. El GTA expresa de hecho preocupación por el número de países que están en alto riesgo de la importación de poliovirus.
- El GTA insta a los países que aún no cuentan con planes nacionales de respuesta frente a los brotes de poliomielitis (Bolivia, Brasil, Guatemala, Paraguay y Uruguay) a elaborarlos y compartirlos con la OPS.
- El GTA insta a los países a asegurar una cobertura de $\geq 95\%$ con tres dosis de vacuna contra la poliomielitis a nivel nacional y en todos los municipios con el fin de mantener una inmunidad suficiente para mantener a la Región libre de poliomielitis.
- El GTA recuerda a los países la necesidad de garantizar la capacidad de detectar y responder a las importaciones de poliomielitis, en particular pidiendo a los países que cumplan las normas mínimas de vigilancia de PFA.
- El GTA insta a los países a que clasifiquen los casos de PFA según se explique en la publicación de la OPS Erradicación de la poliomielitis: guía práctica (2006) y sobre la base de los resultados de laboratorio y la evaluación de seguimiento. La presencia de casos compatibles debe considerarse un fracaso del sistema de vigilancia y estos casos deben ser examinados por los comités nacionales de certificación y la RCC.
- El GTA insta a todos los países a que completen al menos un informe de contención y elogia a los países que han completado los cuatro componentes requeridos de los informes de contención.
- El GTA alienta a los países a que avancen en ultimar el inventario de las instalaciones que almacenan materiales infecciosos y potencialmente infecciosos de poliovirus, de conformidad con las orientaciones del CAG para la finalización de la fase I del GAPIII.
- El GTA pide a los países que tienen instalaciones esenciales para poliovirus designadas que nombren de manera oficial a la autoridad nacional encargada

Evaluación de mitad de período sobre el alcance de las metas del Plan de Acción Regional sobre Inmunización

En el 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés) 2010-2020. En la Región de las Américas, la Visión y Estrategia Regional de Inmunización (RIVS, por sus siglas en inglés) 2010-2015, guio los programas nacionales de inmunización hasta que el GVAP se adaptara al contexto regional y el Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés) lo reemplazó en el 2016.

Durante la Asamblea Mundial de la Salud del 2017, se presentó la evaluación de mitad de período del GVAP, señalando que de las seis metas establecidas para este período, solo una de ellas tenía un avance adecuado. Entre las metas no alcanzadas estaban: el logro de las coberturas nacionales y municipales al $\geq 90\%$ y $\geq 80\%$, respectivamente, en todos los países; la erradicación global de la polio; la eliminación del tétanos materno-neonatal; la eliminación del sarampión en por lo menos cinco regiones y la eliminación de la rubéola en por lo menos dos regiones. La única meta que tiene un avance adecuado es la de introducción de nuevas vacunas. La evaluación de mitad de período sugiere que la falta de avance puede ser por: bajos niveles de compromiso/gobernanza de los países, áreas o poblaciones con baja accesibilidad a los servicios de

vacunación, debilidad en la vigilancia epidemiológica, insuficiente gestión en los diferentes niveles de organización, debilidad en la recopilación oportuna y el análisis de datos, desconexión entre las actividades de fortalecimiento del programa de inmunizaciones y los servicios de salud, la existencia de conflictos sociales o armados, la ocurrencia de brotes u otras emergencias y la existencia de prioridades sanitarias competitivas.

Ante esta preocupación sobre el lento avance a nivel global, se estableció la *Resolución WHA70/A70_R14*⁴ de la Asamblea Mundial de la Salud, que llama a los Estados Miembros de la OMS a:

- Demostrar un fuerte liderazgo y gobernanza de los programas nacionales de inmunización
- Asegurar el uso de datos de calidad
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica
- Ver el programa en la perspectiva de curso de vida
- Cumplir con la recomendaciones del Reglamento Sanitario Internacional
- Movilizar financiamiento nacional para la compra de vacunas y logística del programa
- Fortalecer la cooperación internacional y la producción nacional para garantizar la

disponibilidad de vacunas y tecnologías accesibles

De acuerdo al mandato de los Cuerpos de Gobierno de la OPS, durante el 2017 se presentará la Evaluación de mitad de período (2015-2016) del RIAP en la Conferencia Sanitaria Panamericana. La Evaluación de mitad de período describe los avances hechos hasta la fecha y da una evaluación profunda de las metas que están "off track", evalúa los desafíos y factores contextuales que han llevado a que no se hayan logrado, y propone soluciones y acciones que se deben implementar para avanzar hacia el alcance de las metas para el 2020.

El RIAP se compone de cuatro Áreas Estratégicas: 1. Mantener los logros; 2. Completar la agenda inconclusa; 3. Hacer frente a nuevos desafíos; y 4. Fortalecer los servicios de salud para una efectiva administración de vacunas. Estas cuatro áreas incluyen siete Objetivos Generales y seis Objetivos Estratégicos, y se han desarrollado 29 indicadores para monitorear el progreso hacia los objetivos presentados en el RIAP.

Desde la creación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la OPS y los Estados Miembros han monitoreado la cobertura de vacunación como una manera de medir el progreso de la inmunización.

⁴ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R14-sp.pdf

EVALUACIÓN DEL RIAP cont. página 4

El indicador principal de cobertura que se monitorea con el propósito de evaluar el desempeño del programa es la tercera dosis de vacuna que contiene difteria, tos ferina, y tétano (DPT3) en niños menores de un año de edad. A lo largo de la historia del PAI en las Américas, las coberturas de DPT3 han ido en incremento y han estado entre los niveles más altos de todas las regiones de la OMS. En los últimos cinco años, en contra de la tendencia histórica regional, las tasas de cobertura promedio al nivel nacional y regional se han estancado e incluso se ha observado un descenso. Para el 2015, la cobertura global promedio para DPT3 había alcanzado el 86.5%, y la cobertura regional de DPT3 bajó de 94% en 2011 al 91% en 2015.

Con el objetivo de reducir los riesgos asociados con la reintroducción de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) ya eliminadas o la reemergencia de EPV que han sido efectivamente controladas, el RIAP puso una meta para que los países alcancen coberturas de $\geq 95\%$ para todas las vacunas al nivel nacional. Para el 2015, 20 países y territorios de América reportaron coberturas de DPT3 a nivel nacional de $\geq 95\%$; 13 reportaron coberturas entre el 90 y 95%; seis reportaron coberturas entre el 80 y 90%, y cuatro reportaron coberturas $< 80\%$. El análisis al nivel sub nacional revela que el 50% de los municipios en América Latina y el Caribe reportaron coberturas por debajo del 95% en el mismo año.

Mientras que el alcanzar coberturas altas y homogéneas con el esquema de rutina del PAI se ha transformado en un nuevo desafío para la Región, los países y territorios de las Américas siguen siendo líderes en la introducción de nuevas vacunas y en la mayoría de los casos asegurando recursos nacionales para su adquisición. Para el 2016, 34 países y territorios han introducido la vacuna contra el neumococo (PCV) en su esquema nacional de inmunizaciones, 20 han introducido la vacuna contra el rotavirus y 25 han introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Esto significa que el 90% y el 85% de la cohorte de nacimientos en América vive en países donde la vacuna PCV y rotavirus, respectivamente, están en el esquema nacional. Aunque la vacuna contra el VPH se introdujo unos años después, el 80% de una cohorte típica de niñas adolescentes de nueve años de edad ya tiene acceso a la vacuna a través del programa nacional.

De acuerdo a la Evaluación de mitad de período que se presentó al Comité Ejecutivo de la OPS en junio del 2017, se señala que de los 29 indicadores de seguimiento, 16 se encuentran en avance de acuerdo a lo esperado, tres están en progreso, y 10 no están con el avance esperado.

Dentro de los indicadores reportados con avance adecuado se encuentran:

- No ocurrencia de casos de parálisis flácida aguda (PFA) debida a poliovirus
- No restablecimiento de la transmisión endémica de sarampión o rubéola
- El cumplimiento de los indicadores de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola, y el síndrome de rubéola congénita (SRC)
- Administración de vacuna contra la hepatitis B durante las primeras 24 horas de nacimiento
- La existencia del Plan Anual de Inmunizaciones

- Monitoreo de la satisfacción del usuario durante la Semana de Vacunación en las Américas
- Finalización de estudios de costo-efectividad previos a la introducción de nuevas vacunas
- Finalización de estudios pos introducción de nuevas vacunas (impacto, operacionales, etc.)
- Vacunación en mujeres embarazadas contra la influenza y/o tétanos-difteria
- Financiamiento para la inmunización usando recursos nacionales de $\geq 90\%$ del total de requerimientos financieros
- Acceso a adecuado suministro de vacunas de calidad
- Tasa de deserción $< 5\%$ entre la primera y la tercera dosis de DPT
- Fortalecimiento de la calidad de los datos de cobertura
- Implementación de registros nominales de vacunación electrónicos (RNVe) a nivel de país
- Vigilancia post-mercadeo de las vacunas
- Vacunación a los trabajadores de salud

Los indicadores que se consideraron en progreso son:

- La incidencia de tétanos neonatal menor a 1/1.000 nacidos vivos registrados
- La introducción de una o más nuevas vacunas dentro del esquema nacional
- Integración de otras actividades preventivas de manera conjunta con la vacunación

Los indicadores en los que no se presenta avance adecuado son:

- Indicadores para monitorear la calidad de la vigilancia epidemiológica de las PFA
- La existencia de base legal o administrativa para el programa de inmunización
- La existencia de comités asesores técnicos sobre inmunización (NITAG, por sus siglas en inglés) que cumplan los criterios de buena operación establecidos por la OMS
- Coberturas nacionales de al menos 95% con DPT3 en menores de un año
- Coberturas de al menos el 80% en cada distrito o equivalente con DPT3 en menores de un año
- Monitoreo de la equidad de vacunación según quintiles de ingresos
- Exactitud en la demanda para vacunas e insumos que se adquieren a través del Fondo Rotatorio (FR)
- Coberturas nacionales iguales o mayores al 95% con DPT3 en menores de un año por tres o más años consecutivos
- Identificación y superación de las barreras para llegar a la población no vacunada o insuficientemente vacunada
- Ocurrencia de desabastecimiento de una o más vacunas o insumos por más de un mes en cualquier nivel de la organización nacional

De acuerdo con esta Evaluación de mitad de período del RIAP que se presentó al Comité Ejecutivo, se hicieron las siguientes recomendaciones para tener

un avance adecuado hacia el alcance de las metas propuestas:

- a) Mejora de los marcos jurídicos
- b) Garantía de que los beneficios de la inmunización sean compartidos por igual por todos
- c) Mantenimiento y fortalecimiento de los compromisos nacionales a los programas de inmunización
- d) Aumento de la vigilancia de las enfermedades
- e) Fortalecimiento del sistema de información
- f) Mejora de la comunicación y la movilización social

El GTA señaló que la mayoría de los indicadores no satisfechos involucran la aplicación de los fundamentos básicos de las estrategias del PAI—por ejemplo, las coberturas de vacunación a nivel de los distritos. Mientras que el PAI ha hecho contribuciones importantes hacia el control y eliminación de las EPV en las Américas, los gobiernos deben mantener el compromiso con las metas presentadas en el RIAP para asegurar la sostenibilidad de los logros alcanzados. La Evaluación de mitad de período espera elevar la visibilidad de los desafíos que el PAI enfrenta para asegurar el compromiso político necesario para abordar las debilidades específicas y transversales del programa que arriesgan décadas de avances en la eliminación y control de EPV.

Recomendaciones

- El GTA felicita a los países de las Américas por su compromiso consistente al control y a la eliminación de las EPV, como se demuestra por la existencia del PAI durante 40 años.
- El GTA llama la atención sobre las caídas en las coberturas DPT3 reportadas a nivel regional, nacional y sub-nacional. El GTA le insta a países, con el apoyo de la OPS, a que evalúen y diagnostiquen las causas subyacentes (percepciones de sociedad, sociopolíticas, económicas, programáticas, etc.) de la caída de las coberturas para proponer e implementar acciones correctivas.
- El GTA endosa las recomendaciones hechas en la Evaluación de mitad de período del RIAP, que será presentada en la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS en septiembre del 2017.
- Los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana deberán implementar las recomendaciones plantadas en la Resolución WHA70/A70_R14, de la Asamblea Mundial de la Salud 2017, así como las propuestas en la Evaluación de mitad de período del Plan de acción regional sobre Inmunización.
- El GTA insta a la OPS y a los países que aumenten los esfuerzos para explicar a los responsables de la formulación de políticas y al público la importancia de la inmunización y los considerables beneficios económicos y sanitarios que vienen de las inversiones en programas nacionales de inmunización fortalecidos. ■

Uso de la vacuna anti meningocócica en el programa de inmunización de rutina

La enfermedad meningocócica es un problema mundial de salud que afecta a todos los países y cuyas características epidemiológicas varían considerablemente en función del grupo capsular. Las cepas virulentas de la bacteria *Neisseria meningitidis* tienen una cápsula compuesta de polisacáridos que constituye el factor principal de virulencia. Hay 13 cápsulas de polisacáridos distintas, pero solo las correspondientes a los serogrupos A, B, C, Y y W suelen causar infecciones invasoras. La única información disponible sobre las características epidemiológicas de la enfermedad meningocócica está incompleta, lo que en parte se debe a la falta de vigilancia en muchos países y a los métodos inadecuados de detección bacteriana. Debido a la naturaleza cambiante de las características epidemiológicas de la enfermedad meningocócica invasora, la distribución mundial de los diferentes serogrupos de *N. meningitidis* puede cambiar con el transcurso del tiempo.

La incidencia de la enfermedad meningocócica invasora es más elevada entre los lactantes menores de 1 año y se mantiene relativamente elevada hasta que cumplen aproximadamente 5 años de edad. Aunque la incidencia tiende a disminuir entre los niños mayores, suele intensificarse durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, cuando se vive en recintos cerrados, y disminuye de nuevo entre los adultos mayores.

Si bien la incidencia actual de la enfermedad meningocócica endémica en los países latinoamericanos suele ser de menos de 2 casos anuales por cada 100.000 habitantes, durante los últimos 40 años ha habido epidemias en todas las regiones de esos países. Los datos disponibles ponen de manifiesto la aparición de epidemias de enfermedad meningocócica en los países latinoamericanos asociadas con serogrupos distintos y reflejan el carácter imprevisible de la epidemiología de esta enfermedad. Las tasas de incidencia más elevadas se han notificado en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, que cuentan con sistemas de vigilancia robustos. Brasil es el único país con información sobre las tasas de incidencia por grupos de edad específicos. En los últimos años, las tasas de incidencia se han mantenido estables en América Latina, situándose entre 1,5 y 1,8 casos por cada 100.000 habitantes.

Entre el 2008 y el 2010, la incidencia en Argentina fue de 0,4 a 0,7 casos por cada 100.000 habitantes. El 71% de las cepas aisladas disponibles pertenecían al serogrupo B, el 12% al serogrupo C y el 10% al serogrupo Y. Las tasas de incidencia notificadas en Uruguay variaron entre 1,5 y 2 casos por cada 100.000 habitantes. En la última década, Venezuela reportó tasas de incidencia de 0,2 a 0,4 casos por cada 100.000 habitantes. En Cuba, entre 1998 y el 2003, se notificó una incidencia anual de meningitis meningocócica del 0,6 al 0,7 por cada 100.000 personas de 1 a 18 años de edad (de 1998 al 2000) y de 0,3 por cada 100.000 en el 2003.

Las tasas de letalidad son más elevadas en los países latinoamericanos fluctuando en los últimos años entre el 10% y el 20% en varios países de América Latina, incluidos Chile (14% en el 2010), Argentina (7% al 15%), Panamá (12% al 15%), México (18% en 2005-2008) y el Uruguay (15%). En Brasil, durante los brotes registrados antes de la introducción de la vacuna antimeningocócica conjugada contra el serogrupo C se alcanzó una tasa de letalidad cercana al 40% asociada a este serogrupo. Muchos supervivientes presentan secuelas debilitantes permanentes, como hipoacusia, deficiencias neurológicas y pérdida de alguna extremidad.

Las vacunas antimeningocócicas actualmente disponibles contra los serogrupos A, C, W e Y incluyen tanto las vacunas de polisacáridos como las conjugadas de polisacáridos y proteínas basadas en la cápsula meningocócica. Se han elaborado vacunas contra el serogrupo B que incluyen las vacunas de proteínas basadas en la vesícula de la membrana exterior meningocócica y la aplicación de nuevos métodos proteómicos y genómicos ha dado lugar al descubrimiento de un gran número de antígenos proteicos novedosos para prevenir la enfermedad meningocócica.

Vacunas de polisacáridos: Su uso está actualmente limitado, ya que no desencadenan una respuesta inmunitaria adecuada en los niños menores de 2 años y la protección que ofrecen entre los mayores de 2 años es de duración limitada y no inducen la memoria inmunitaria.

Vacunas conjugadas de polisacáridos y proteínas: Aunque tienen un buen perfil de inocuidad, aún hay preguntas por responder sobre su efectividad a largo plazo y la manera de optimizar los programas de inmunización. Las vacunas conjugadas contienen una proteína portadora que presenta el antígeno de polisacáridos al sistema inmunitario de forma que induce la respuesta inmunitaria de los linfocitos T.

Hasta la fecha, cuatro países de América Latina han incluido la vacuna antimeningocócica en sus esquemas de vacunación de rutina: Argentina (conjugada contra los grupos A, C, W, e Y), Brasil (conjugada contra el serogrupo C), Chile (conjugada contra los serogrupos A, C, W, e Y) y Cuba (contra el polisacárido B). En Brasil, la vacunación sistemática de los lactantes con la vacuna antimeningocócica conjugada contra el serogrupo C comenzó en noviembre del 2010, con un esquema a los tres y cinco meses, más un refuerzo a los 12 a 15 meses de edad y sin vacunación de puesta al día. Los últimos estudios indican que la vacunación de los lactantes y los niños pequeños reduce la enfermedad meningocócica invasora por el grupo C en la población objeto y que la siguiente dosis de puesta al día a los 12 o 13 años de edad acelerará la disminución de la tasa de incidencia entre los adolescentes brasileños.

Las vacunas disponibles tienden a ser caras. Considerando el precio alto de introducir esta vacuna a programas de inmunización de rutina, los países que planifican incluirla en el esquema de vacunación deben considerar sus sostenibilidad con el tiempo y asegurar que otros aspectos del programa de inmunización como capacitación, supervisión y actividades para mejorar la cobertura de vacunación y vigilancia epidemiológica no sean afectados por la introducción de la vacuna.

El Fondo Rotatorio debe tener un papel clave en la negociación de precios de vacunas con los productores, para alcanzar un precio más asequible para los países que estén considerando introducir la vacuna meningocócica a sus programas de rutina. Sin embargo, la falta de productores alternativos para estimular la competencia es una barrera grande para las negociaciones exitosas.

Recomendaciones

- El GTA insta a los países a que se amplíe la vigilancia de la meningitis bacteriana, de una centinela a una vigilancia a nivel nacional (universal) con el fin de comprender mejor la epidemiología de la enfermedad y su carga para apoyar la toma de decisiones sobre la introducción de la vacuna meningocócica y detectar brotes de forma oportuna.
- Los países deben revisar la epidemiología de la enfermedad, incluida la ocurrencia de brotes, la distribución de la edad y de los serogrupos, la carga y los costos de la enfermedad, la eficacia de la vacuna, la seguridad, el precio y la duración de la protección, y los aspectos logísticos y operativos del programa de inmunización con el fin de evaluar la posible introducción de la vacuna meningocócica.
- Con la finalidad de mejorar los resultados de los estudios de costo-efectividad, se recomienda incorporar en los análisis mencionados evaluaciones de las secuelas a largo plazo de la enfermedad meningocócica.
- El GTA recuerda a los países que los estudios sobre los portadores aportan valiosa información acerca de la transmisión de la enfermedad pero no son esenciales para la toma de decisiones sobre el uso de una vacuna en particular. Cabe señalar que tienden a ser costosos, complejos y difíciles de interpretar. ■

Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas

El 27 de septiembre del 2016, el Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola, anunció durante el 55avo Consejo Directivo de la OPS en presencia de todos los Ministros de Salud, que después de haber revisado todas las evidencias epidemiológicas presentadas por los Estados Miembros en el periodo 2011-2016, la Región de las Américas había eliminado el sarampión. La Región cumplió con la meta de eliminar la transmisión endémica del virus de sarampión desde el 2002 y mantuvo esta eliminación durante más de una década, pese a las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo. Cabe señalar que debido al brote de Brasil que persistió por más de un año, la fecha del último caso endémico en la Región se ha redefinido para julio del 2015.

Actualmente, las seis regiones de la OMS tienen la meta de eliminar el sarampión para el 2020, y dos regiones de eliminar la rubéola para el mismo año. Los objetivos de eliminación del sarampión y la rubéola no se cumplieron en las otras regiones de la OMS para el 2015, salvo en las Américas. En ese escenario global, el 4 de mayo del 2017, la OPS y OMS emitieron una alerta epidemiológica ante el incremento de casos de sarampión en Europa y otras regiones del mundo. Desde principios de enero del 2016 y al 1 de mayo del 2017, 37 países de Europa notificaron 7.847 casos de sarampión; el 34% de estos casos fueron notificados en el 2017. La mayoría de los casos fueron notificados por Rumania (3.181 casos) e Italia (1.549 casos). Esta situación pone en riesgo la sostenibilidad de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas.

El GTA también señaló que las situaciones de Haití y Venezuela son muy preocupantes para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en las Américas. Dado lo anterior, la OPS apoyará a estos dos países con la organización de campañas de seguimiento y la construcción de capacidades de preparación y respuesta ante posibles importaciones de casos de sarampión y rubéola de otras regiones. Otra amenaza para la sostenibilidad de la eliminación en nuestra región de la presencia de brotes de arbovirosis (Zika, dengue y/o Chikungunya) que requieren tomar acciones específicas, como la coordinación con otros equipos de salud pública para hacer análisis integrados de enfermedades febriles eruptivas así como fortalecer la vigilancia de los casos sospechosos de sarampión y rubéola.

Finalmente, si bien la cobertura regional de vacunación de SRP1 se ha mantenido entre el 93% y 94%, siguen habiendo brechas entre países y dentro de los países a nivel municipal. Por esa razón, se mantienen las recomendaciones de otras reuniones del GTA, enfatizando en la necesidad de aplicar los cuatro criterios de calidad—eficacia, eficiencia, homogeneidad y oportunidad—que la OPS está promoviendo para la planificación, ejecución y evaluación de las campañas de seguimiento. Así mismo, recordar que para bajar la edad de vacunación a los 18 meses (o la edad en

que el país aplica el primer refuerzo de DPT), se debe garantizar la vacunación de al menos 95% con dos dosis de SRP a los niños que no han recibido esta dosis en el programa regular ni en otras campañas de seguimiento.

La OPS/OMS está proponiendo a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017, un *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*. El objetivo del plan es mantener un alto grado de inmunidad en la población en general y mantener sistemas de vigilancia de alta calidad para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, lo cual tendría como consecuencia la pérdida del estatus de la eliminación de estos virus en nuestra Región. El plan contiene cuatro líneas de acción con sus respectivos objetivos e indicadores que son:

1) Garantizar el acceso universal a los servicios de vacunación contra el sarampión y la rubéola a la población meta del programa rutinario de vacunación y a otros grupos de edad en riesgo.

Los países deben implementar acciones para lograr coberturas homogéneas del 95% o más en todos los municipios con dos dosis de la vacuna SRP en los niños menores de cinco años, a través del programa de inmunización en servicios de salud y en campañas de vacunación de seguimiento que hayan sido planificadas y ejecutadas atendiendo criterios de alta calidad.

2) Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

Los países deben implementar acciones para asegurar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia, los cuales han venido sufriendo un deterioro en los últimos dos años, principalmente en lo que respecta a la baja notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola por la mayoría de los países.

3) Desarrollar la capacidad nacional y operativa de los países para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola.

Es importante mantener el rol de las comisiones nacionales y de una comisión regional, con nuevos términos de referencia para monitorear los planes de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola en los años futuros.

4) Establecer los mecanismos estándares para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola y SRC para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica en los países.

Es de vital importancia conformar, mantener o reactivar un grupo de respuesta inmediata en cada país, entrenado en los mecanismos estándares

de notificación, investigación y cierre de un brote de sarampión o rubéola, con el fin de asegurar y verificar la interrupción de la transmisión del virus. La OPS pondrá a disposición de los países las herramientas necesarias, con el fin de mejorar la calidad y la velocidad de la respuesta frente a los brotes de sarampión y rubéola a partir de los casos importados de estos virus.

Recomendaciones

- El GTA insta a los países a prepararse para la implementación del Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola (2018-2023) luego de su adopción por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017.
- El GTA hace hincapié en la importancia de lograr y mantener una cobertura de vacunación $\geq 95\%$ con dos dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola.
- Los países deben cumplir con el calendario previamente recomendado que incluye la segunda dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola a los 18 meses.
- El GTA insta a los países que aún no han introducido la segunda dosis de vacuna contra el sarampión, a hacerlo. Las dos dosis deben complementarse con campañas de vacunación de seguimiento periódicas según sea necesario para cerrar las brechas de inmunidad.
- El GTA enfatiza en la necesidad de reforzar la vigilancia de la fiebre y la erupción del sarampión y la rubéola e integrarla con la del dengue, Zika, Chikungunya, y otras enfermedades que utilizan la misma definición sindrómica, teniendo en cuenta la situación epidemiológica de dichas enfermedades en cada país.
- Los países deben seguir creando capacidad para la detección temprana de casos importados y la posterior respuesta rápida.
- El GTA insta a los países a realizar evaluaciones de riesgo e identificar poblaciones susceptibles que deben ser focalizadas con intervenciones de vacunación, como campañas de vacunación de seguimiento de sarampión y la rubéola cuando se indique, para minimizar o mitigar el riesgo de importación y el subsiguiente restablecimiento de sarampión y rubéola en la Región. ■

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.

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 XXXIX Número 3 • Septiembre del 2017

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia y Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2017.
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

Carta de agradecimiento a la Dra. Carissa Etienne, directora de la OPS, escrita por el Dr. Fernando Muñoz, ganador del Premio de inmunización del 2017

Queremos compartir con nuestros lectores la carta escrita por el Dr. Fernando Muñoz a la Directora de la Organización Panamericana de la Salud, Dra. Carissa F. Etienne, con motivo de agradecer el Premio de inmunización de la OPS, entregado en la XXIV Reunión del GTA en Panamá. En dicha ocasión, él no pudo recibir el premio en persona, por problemas de salud. El Dr. Muñoz falleció el 12 de octubre del 2017.

Santiago, 21 de septiembre de 2017

Habría sido muy grato para mí recibir personalmente el Premio OPS de Inmunización, pero la salud me ha jugado una mala pasada y el tratamiento que debo seguir me impide hacerlo, por lo que recurro a este agradecimiento a distancia para manifestarle el orgullo que me invade al saberme destinatario de esta distinción.

Las vacunas han estado muy ligadas a mi desarrollo profesional y personal desde los inicios de mi carrera, en particular con mi llegada a integrarme como Pediatra y Salubrista al cuerpo docente de una nueva Escuela de Medicina creada por la Universidad de Chile en Temuco, capital de la Región de la Araucanía, la zona indígena y la región más pobre de Chile.

Corría 1978, en el país se había instalado una dictadura y todos los que habíamos abrazado ideas izquierdistas éramos sospechosos, por lo que coordinar mi trabajo docente con el Servicio de Salud del estado era difícil y para que decir lo complejo que resultaba la coordinación de asesorías con las autoridades de la época, quienes mandaban con desconfianza a los sobrevivientes de una de las mayores persecuciones de trabajadores de salud ocurridas luego del Golpe Militar. Tres Médicos, entre ellos el director del Hospital de Temuco se cuentan entre las decenas de desaparecidos y ejecutados por agentes del estado en la Araucanía, los que se suman a los miles que dan cuenta de una herida aún abierta en la convivencia de la sociedad chilena.

Quien me salvó de mantenerme enclaustrado en las salas de clases fue un gran salubrista, el Dr. José Manuel Borgoño, quien había elegido la región para iniciar la aplicación de los



Fernando Muñoz.
Foto: OPS/OMS.

La tarea no fue fácil. Había que garantizar cadenas de frío desde el fabricante hasta el niño vacunado en un centro de salud o una apartada posta rural, lo que implicaba inspeccionar los refrigeradores de los centros de salud, cautelar que su uso fuera exclusivo para vacunas, dotarlos de termómetros de mínima y máxima, garantizar protocolos, elaborar manuales. Todo ello contando con la fuerza y el compromiso de nuestros equipos de enfermería.

A partir de estas experiencias, me he mantenido ligado a los programas de inmunización hasta ahora. En estos años, afortunadamente he ocupado posiciones que me han permitido tomar decisiones importantes respecto al programa chileno, las que afortunadamente han tenido impacto en la salud de las personas, especialmente en la de niñas y niños.

Una experiencia que me marcó durante este periplo de trabajo profesional ligado a las inmunizaciones fue la de conocer a ese gran hombre que fue Ciro de Quadros, quien me invitó a ser parte del Grupo Técnico Asesor (TAG) y me encargó varias tareas dirigidas a mejorar la inserción de las vacunas en los servicios de salud y a luchar por esa institucionalidad fundamental, que puede ser complementada con campañas pero que resulta indispensable si se espera contar con programas

módulos de capacitación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y requería ayuda de alguien con mi perfil para sumarme a un equipo de enfermeras y epidemiólogos que desde entonces nos hicimos cargo de talleres intensivos dirigidos a obtener un cambio importante en la cobertura y en la calidad de los programas de vacunación en la región.

de inmunizaciones sostenibles en el tiempo.

El trabajo en el TAG ha sido una de las experiencias más enriquecedoras de mi vida profesional. Trabajar bajo la conducción de D.A. Henderson, por ejemplo, fue un privilegio que he agradecido siempre y que me permitió tener una vivencia cercana de la epopeya que él había conducido para erradicar la Viruela. Ese grupo asesor ha sido y sigue siendo una guía indispensable que explica buena parte del éxito de la Región de las Américas en materia de control de enfermedades inmunoprevenibles.

Así hemos llegado a un presente caracterizado por la complejidad y la incertidumbre. Nuestros programas enfrentan desafíos crecientes y diversos que me limitaré a mencionar aprovechando esta carta de agradecimiento:

- La necesidad de garantizar cobertura de atención primaria suficiente para centrar en una base sólida la inmunización de toda la población desde los servicios gubernamentales y desde los privados certificados para tal efecto.
- La transparencia en la relación con la industria y el desarrollo de capacidades críticas y con base en evidencia científica que sean contraparte de la presión de intereses comerciales.
- El estudio de las actitudes de las personas y grupos interesados en las vacunas y el enfrentamiento serio y fundado en ese conocimiento de la publicidad anti vacunas.
- La reposición de la relevancia de los programas de inmunización en la formación de pregrado de los profesionales de salud, especialmente en el de las enfermeras.
- La necesidad de extender y perfeccionar día y a día los registros nominales de vacunación y las estadísticas vitales con el fin de obtener indicadores confiables y comparables entre los países.

Estimada Doctora Etienne, compañeros y compañeras de OPS, les reitero mi agradecimiento por este premio. Espero veros una vez que pase este trago amargo que me ha deparado la vida. ■