

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXIII, Número 2

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Abril 2001

Haití redobla esfuerzos para detener brotes de sarampión y de poliomielitis derivada de la vacuna oral

Antecedentes

El Ministerio de Salud de Haití está en la actualidad centrándose en dos frentes: controlar un brote nacional de sarampión y prevenir la propagación del poliovirus derivado de la Sabin tipo 1. Durante 2001 se llevaron a cabo dos Jornadas Nacionales de Vacunación destinadas a combatir ambos problemas, usando puestos fijos y antígenos múltiples. A pesar de estas campañas, continuaron detectándose nuevos casos de sarampión y poliomielitis, aunque los nuevos casos de sarampión se están notificando a un ritmo menor (figura 1). Las campañas futuras se basarán en la vacunación realizada casa por casa con una supervisión estricta y una planificación logística metódica. Desde mayo hasta julio se implementará la estrategia de «campañas escalonadas de vacuna antipoliomielítica» (vacunación de grupos de varios departamentos, ejecutados hasta completar la vacunación en todo el país).

Sarampión

El brote actual de sarampión se originó en marzo de 2000. Hasta mediados de abril de 2001 (fin de la semana epidemiológica 15), mediante el sistema de vigilancia han sido confirmados 1.130 casos en toda la nación, 990 en 2000

y 140 en lo que va de 2001. Sesenta y ocho por ciento de estos casos se han verificado en la zona metropolitana de Puerto Príncipe. Desde diciembre de 2000 ha habido una disminución constante del número de casos confirmados de sarampión, descendiendo desde un máximo de más de 70 casos por semana hasta el nivel actual de aproximadamente 2-3 casos por semana.



Fuente: Dr. J. Moya

Gracias a esta disminución, los epidemiólogos nacionales y departamentales han podido estudiar cada caso. Dos Jornadas Nacionales de Vacunación anteriores, destinadas a vacunar contra el sarampión a todos los niños de entre 6 meses y 14 años de edad, no pudieron siquiera alcanzar a cubrir a la mitad de la población. Esto se debió principalmente al tiempo insuficiente destinado a la planificación y ejecución de las campañas, a la decisión de usar puestos fijos, y a la existencia de problemas administrativos. Para fines del año 2000, el Ministerio de Salud calculó, basándose en datos admi-

nistrativos, que aproximadamente el 70% de los 3,2 millones de niños de Haití menores de 15 años se habían vacunado contra el sarampión, la mayor parte de ellos en vacunación casa por casa. Varios estudios de campo en pequeña escala han confirmado este cálculo, encontrando una cobertura local de vacunación que varía entre un 50% y un 90%. Actividades de rastrillaje se centrarán en áreas de baja cobertura.

En este número:

Haití redobla esfuerzos para detener brotes de sarampión y de poliomielitis derivada de la vacuna oral	1
Comité del Instituto de Medicina rechaza relación causal entre la vacuna MMR, y el trastorno del espectro del autismo	3
Alianzas: Día de la Inmunización Banco Mundial - OPS	3

Informe de avance: Proyecto OPS-Banco Mundial	5
Clasificación Final de los Casos, 2000	7
Organismos de las Naciones Unidas lanzan nuevo plan para reducir a la mitad la mortalidad del sarampión	8

La vacunación antisarampionosa casa por casa se reanudará en Puerto Príncipe y otras áreas urbanas una vez que se haya cumplido con la prioridad de cobertura de vacunación antipoliomielítica en todo el país. A partir de la experiencia de Haití y de otros países, está claro ahora que la realización exitosa de la inmunización casa por casa debe incluir (ver cuadro sombreado) una fuerte supervisión de campo, visitas repetidas a las casas con niños que necesiten vacunarse y monitoreo de la cobertura de vacunación dentro de cada zona.

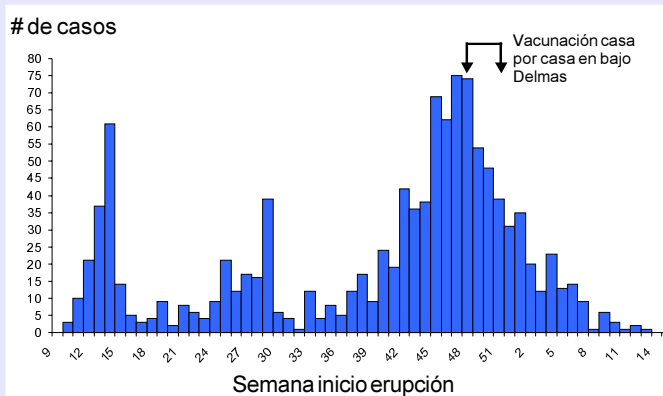
Poliomielitis

El primer caso de poliomyelitis en Haití atribuido al poliovirus derivado de Sabin 1 ocurrió en agosto de 2000 en el pueblo de Danse à l'Ombre en el noroeste de Haití (figura 2). En marzo de 2001 se confirmaron dos casos adicionales, uno en el norte (Pilate) y uno en el área de Puerto Príncipe (Delmas 3). Para los dos casos más recientes, en niñas de 9 y 10 años de edad, el estado de vacunación era desconocido, mientras que el otro caso presentaba un esquema completo de vacunación (3 dosis). La secuenciación genética del virus

recuperado de los casos indicó que el virus de Pilate está más estrechamente relacionado con el virus de Danse à l'Ombre que con el de Delmas. Además de estos 3 casos confirmados, en 2001 se han notificado otros 6 casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA): de 5 de ellos están pendientes los resultados de laboratorio y del restante se perdió el seguimiento. Las campañas de vacunación que se están planificando se dirigirán a aproximadamente 2,2 millones de niños menores de 10 años que viven en Haití. Se contratarán diez epidemiólogos locales y ocho internacionales para colaborar en estas actividades así como en la búsqueda activa de casos adicionales.

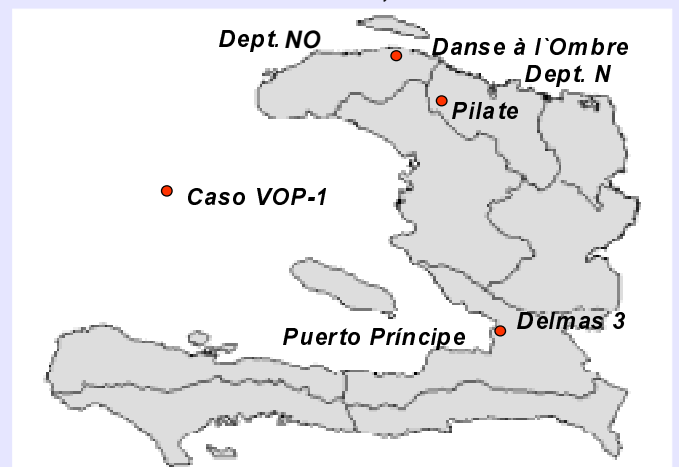
Nota de la Redacción: Se debe elogiar al Ministerio de Salud de Haití por sus loables esfuerzos para controlar los brotes de sarampión y poliomyelitis derivada de la vacuna que se están registrando en el país. La OPS tiene plena confianza en que las próximas campañas, que han sido minuciosamente planificadas con el liderazgo del Dr. Henri-Claude Voltaire, Ministro de Salud, y su equipo, podrán detener eficazmente estas enfermedades.

Figura 1
Evolución del brote de sarampión
Casos confirmados por mes, 2000-2001*



*Datos a la semana epidemiológica 15 (14 abril 2001)

Figura 2
Ubicación de casos de polio derivados de la vacuna VOP, Haití



Vacunación casa por casa

Esta táctica requiere un equipo de 3 miembros que vacunan en vecindarios claramente delimitados en un mapa. A medida que el equipo se adentra en un vecindario nuevo para la vacunación, cada casa que se vacuna completamente (o que carece de niños en el grupo de edad objeto para la poliomyelitis) es claramente marcada con una ⊕ realizada en tiza. Las casas en las que viven niños del grupo de edad pero que estaban ausentes durante la vacunación se marcan con ⊖, lo que significa que tendrá que repetirse la visita. Al día siguiente (día 2), un miembro del equipo original de vacunación visitará nuevamente el área del día anterior, regresando a todas las casas que tengan una ⊖ para vacunar a todos los niños que estaban ausentes el día anterior, mientras el resto del equipo irá a la próxima área. Todos los días, un supervisor a cargo de hasta 5 equipos recorrerá las áreas para comprobar que se hayan visitado y marcado todas las calles y para confirmar que las marcas sean correctas. Además, un supervisor general vigilará el trabajo de cinco supervisores, se asegurará de que cubran las áreas que se hayan programado y controlará el estado de vacunación casa por casa de 20 niños <10 años de edad en el área. Si la cobertura de vacunación de los niños está por encima de un 90%, el equipo puede pasar al próximo vecindario; si no, se volverán a visitar las casas hasta que se alcance el nivel de vacunación adecuado.

Comité del Instituto de Medicina rechaza relación causal entre la vacuna MMR y el trastorno del espectro del autismo

En una declaración pública llevada a cabo el lunes 23 de abril, el Comité de Revisión de la Seguridad de la Inmunización del Instituto de Medicina publicó un informe en el que se concluye que los datos disponibles conducen al rechazo de la existencia de una relación causal entre la vacuna triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) y el trastorno del espectro del autismo, comúnmente conocido como autismo. El comité concluyó que:

- las pruebas epidemiológicas no muestran ninguna asociación entre la vacuna MMR y el autismo;
- los estudios de caso basados en números pequeños de niños con autismo y enfermedades intestinales no aportan pruebas suficientes para sacar una conclusión acerca de alguna relación causal existente entre estos síntomas y la administración de la vacuna;
- los modelos biológicos que vinculan la vacuna triple MMR y el autismo son fragmentarios;
- no hay ningún modelo animal relevante que vincule dicha vacuna con el autismo.

Por consiguiente, el comité recomendó mantener las políticas actuales en relación con el otorgamiento de licencias y con la administración de la vacuna triple MMR en Estados Unidos. La Presidente del comité, Marie C. McCormick, M.D., Sc.D., profesora de salud materno-infantil en la Facultad de Salud Pública de Harvard, declaró que “aunque ninguna vacuna es 100% inocua, la vacuna triple MMR es todo lo inocua que una vacuna puede ser”.

El comité examinó material publicado e inédito y también escuchó el testimonio de una serie de testigos, incluido el Dr. Andrew Wakefield, autor de un estudio muy difundido publicado en *The Lancet* en 1998. Este estudio parecía indicar que la aparición del autismo y los problemas del aparato digestivo estaban asociados con la recepción de la vacuna triple MMR. La Dra. McCormick señaló que el

estudio de Wakefield se publicó como una observación para promover investigación adicional y que nunca afirmó haber probado la relación. Señaló además que el comité examinó numerosos estudios que investigaron la hipótesis de Wakefield y que no pudo encontrar pruebas que la confirmaran.

La investigación actual sobre autismo ha establecido que hay un fuerte componente genético en la enfermedad. Sin embargo, el informe del comité señala que otros factores, incluidos factores infecciosos, neurológicos, metabólicos, inmunológicos y ambientales, pueden desempeñar un rol significativo. Por consiguiente, aunque el comité opinó que la relación entre la vacuna triple MMR y el autismo sería sumamente rara, en caso de que se verificara en absoluto, recomienda continuar la investigación para examinar esta posible relación.

El Comité de Revisión de la Seguridad de la Inmunización del Instituto de Medicina fue convocado en el tercer trimestre de 2000 para elaborar un informe evaluativo independiente que responda a una creciente preocupación acerca de la inocuidad de la vacuna. El comité examinará nueve hipótesis relacionadas con la inocuidad de la vacuna durante los próximos tres años. Los 15 miembros del comité son especialistas en pediatría, medicina interna, inmunología, neurología, enfermedades infecciosas, epidemiología, bioestadística, salud pública, percepción del riesgo, análisis de decisiones, enfermería, genética, ética y comunicación para la salud. Para impedir que se produjeran conflictos de intereses, se evitó la participación en el comité de miembros que tuvieran vínculos financieros con los fabricantes de vacunas o sus empresas matrices, o que hubieran participado en comités de consulta sobre vacunas, hubieran ofrecido testimonio especializado, o hubieran publicado trabajos sobre temas vinculados a la inocuidad de vacunas.

Fuente: Instituto de Medicina, 24 de abril de 2001.

Alianzas: Día de la Inmunización Banco Mundial - OPS

El 20 de marzo de 2001, se celebró en el Banco Mundial el primer Día de la Inmunización, con la participación del personal del Sector de la Salud de América Latina y el Caribe del Banco Mundial y el personal de la División de Vacunas e Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La reunión tuvo por objetivo proporcionar información actualizada a los Gerentes de Proyectos del Banco Mundial sobre los programas de inmunización e intercambiar ideas acerca del modo en que la OPS y el Banco Mundial podrían seguir trabajando juntos en la productiva alianza en inmunización iniciada en 1998.

La reunión fue inaugurada por Charles Griffin, Gerente Sectorial para la Salud en la Región de América Latina y el Caribe, quien destacó los beneficios de incluir la inmunización

en las intervenciones de salud del Banco Mundial debido a sus objetivos claros y cuantificables, y por el Dr. Ciro de Quadros, Director de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS, quien recalcó la importancia del acuerdo de colaboración en inmunización entre la OPS y el Banco Mundial en el marco de la *Agenda compartida* (ver cuadro sombreado).

Los funcionarios de la OPS destacaron las prioridades en inmunización en las Américas para los próximos tres años, que incluyen la consolidación de la interrupción de la transmisión indígena de sarampión en la Región, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis alcanzado en 1991, el logro y mantenimiento de una cobertura de vacunación de no menos del 95% en todos los distritos para

cada antígeno y el fortalecimiento de la infraestructura de vigilancia para las enfermedades prevenibles por la vacunación.

Se presentó un análisis del impacto de la descentralización y reforma del sector de la salud en los programas de inmunización, ilustrado por los resultados de 16 evaluaciones de los programas nacionales de inmunización realizados en los últimos cuatro años por los países y por un equipo internacional reunido por la OPS. Se extendió una invitación a los Gerentes de Proyectos del Banco Mundial para que participen en el futuro de estas evaluaciones de países. En el área de la introducción de vacunas, la discusión se centró en los esfuerzos de la OPS por generar información para la introducción sostenible de vacunas nuevas y los esfuerzos de la Organización para ayudar a los países a usar vacunas de calidad en los programas de inmunización. También se analizó un resumen de los elementos clave del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS y su función de proporcionar, durante los últimos 20 años, una fuente continua y fiable de fondos para la compra de vacunas a precios asequibles.

El personal del Banco Mundial examinó la experiencia de Bolivia, señalando las colaboraciones críticas hechas por cada organización. La función del Banco consistió en lograr que el Ministerio de Finanzas entendiera la importancia de canalizar un mayor financiamiento al programa nacional de inmunización de Bolivia. El Banco también contribuyó a que

el Ministerio de Salud comprendiera las demandas de rendición de cuentas hechas por el Ministerio de Finanzas. Esto último condujo a la elaboración de contratos de desempeño con metas específicas de mejores resultados de inmunización entre el Ministerio de Salud y cada región.

También se presentó una experiencia más reciente realizada en Paraguay. Aquí, la colaboración entre la OPS y el Banco Mundial busca alcanzar niveles de cobertura de vacunación por encima del 80% para todos los antígenos, mejorar las actividades de vacunación en los distritos de alto riesgo, desarrollar un plan sostenido de comunicación social para la inmunización, fortalecer la cadena de frío y también las actividades de control y los procedimientos de laboratorio de ese país.

La OPS ha proporcionado asesoramiento técnico permanente al Programa Nacional de Inmunización de ambos países en la implementación de una evaluación del programa nacional de inmunización, colaboración con el gobierno y los donantes para producir un plan integral que incluya la incorporación de vacunas nuevas, simplificación de las adquisiciones de vacunas mediante el Fondo Rotatorio de la OPS, revisión de la cadena de frío y participación en las supervisiones técnicas del Banco Mundial.

Los países adicionales mencionados que se beneficiarían de la asociación entre el Banco Mundial y la OPS son Haití, la República Dominicana, Venezuela, Ecuador y Colombia.

REPÚBLICA DOMINICANA

Situación actual

- La inmunización sigue siendo una prioridad en la política de salud del país.
- La mayoría de las provincias tienen áreas de alto riesgo bien definidas.
- La mayoría de los establecimientos de salud tienen a su disposición las normas del PAI.
- Existe personal designado para recibir y procesar la información al nivel provincial y municipal sobre dosis de antígenos administradas, número total de niños vacunados.
- Personal disponible para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- La mayoría de los hospitales tienen una planta de generación de vacunas.
- Todos los servicios de salud usan jeringas y agujas desechables.
- En el caso de una situación de urgencia de inmunización, existe personal designado para asignar recursos especiales para la inmunización.
- En general se dispone de recursos humanos y físicos a todos los niveles.
- A pesar de la falta de un plan formal de comunicación social para la inmunización, encuestas indican que los beneficiarios saben de la importancia de la vacunación.

Áreas a fortalecer


- Las horas de servicio en los puestos de salud son pocas o irregulares.
- El Plan de Acción Anual no se utiliza como instrumento de gestión.
- Pocas provincias utilizan los datos del programa para la toma de decisiones. Tampoco se incluyen los mapas locales.
- La estrategia de "puestos fijos" no es suficiente para lograr una cobertura adecuada.
- Hace falta un plan continuo de supervisión, capacitación y retroalimentación.
- No se usan los datos sobre la cobertura, ni los indicadores de seguimiento.
- En general la vigilancia no se hace de forma oportuna y la mayoría desconoce las normas de inmunización.
- El personal de salud que se encarga de los productos biológicos desconoce las normas de inmunización.
- No se aplican los métodos de bioseguridad en el uso de las jeringas.
- Existe falta de capacidad a nivel central y provincial para elaborar planes de obtención de recursos, lo que reduce en insuficientes fondos para el seguimiento de los programas.

República Dominicana/2

- La distribución de los productos biológicos no se basa en las necesidades o prioridades.
- No se llevan a cabo evaluaciones operativas periódicas de ninguno de los componentes del PAI.
- Faltan de recursos financieros para la comunicación social, por lo que la representación de la comunidad en la planificación de las actividades es poca o nula.
- Se necesita fortalecer urgentemente la vigilancia epidemiológica. Si no existen buenos indicadores de vigilancia del sarampión y la parálisis flácida aguda (PFA), se corre el riesgo de no detectar oportunamente los nuevos casos o brotes. Continúa habiendo casos de PFA.

**Día de la Inmunización
Banco Mundial-OPS**

**WASHINGTON, DC
20 marzo 2001**



División de Vacunas e Inmunización

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OPS
Organización Mundial de la Salud

Indicadores de salud en las Américas

8.5 millones
230,249 (2001)
7.9% (1996)

PIB: 21%
nacional de pobreza: 83% de los hombres
83% de las mujeres
25 por 1,000 NV (1999)
44 por 1,000 NV (1999)
80 por 100,000

Programa nacional de inmunización: 1977

Erradicación de la poliomielitis: 1985

Erradicación de la parálisis flácida aguda: Una o dos Jornadas de vacunación por año hasta 1996.

Indicadores para la vigilancia de la parálisis flácida aguda: 1999 y 2000

% Invest. < 48 Horas	% de muestras adecuadas	% notificación semanal
80	30	0
94	48	0

Resolución epidemiológica no. 10 del 2001

Los Perfiles de Inmunización fueron preparados para el Día de la Inmunización, Banco Mundial-OPS. Estos perfiles serán actualizados dos veces al año e incluidos en la página web de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS.

Agenda compartida

En junio de 2000, los máximos directivos de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo firmaron un convenio para elaborar la *Agenda Compartida para la Salud en las Américas*. Esta iniciativa les permite a las tres organizaciones asegurar una coordinación y complementariedad más sistemáticas entre sus múltiples iniciativas sanitarias a diferentes niveles de acción—regional, subregional, nacional y local—prosiguiendo al mismo tiempo con sus actividades independientes. El objetivo primordial de este acuerdo de colaboración es el de mejorar, mediante el trabajo conjunto, el estado sanitario de la población de América Latina y el Caribe.

La *Agenda Compartida para la Salud en las Américas* destaca la importancia fundamental que tiene la salud en el desarrollo económico y social de un país. Esta coordinación, que hace hincapié en valores compartidos y estrategias comunes, complementará las actividades en curso llevadas a cabo independientemente por cada organización. De esta forma, las tres organizaciones procuran aumentar el aporte realizado por cada una de ellas y dotar a las actividades coordinadas de continuidad, coherencia y estabilidad para lograr el objetivo de Salud Para Todos en las Américas.

Bajo el marco de la Agenda Compartida, las tres organizaciones han establecido cuatro grupos de trabajo que cubren las áreas de vigilancia de enfermedades, medio ambiente, medicamentos y cuentas nacionales de salud.

Fuente: Oficina de Relaciones Externas, OPS.

Informe de avance: Proyecto OPS-Banco Mundial

Antecedentes

Reconociendo la importancia de revertir el deterioro de los niveles de cobertura de inmunización, el gobierno de Bolivia, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud acordaron centrarse en fortalecer el Programa Nacional de Inmunización, como parte de un proyecto del Banco Mundial de Reforma del Sector de la Salud en Bolivia, de 10 años de duración (ver el *Boletín Informativo PAI* de abril de 1999). Durante la preparación del proyecto, se evaluó el programa de inmunización y se elaboró un plan de inmunización a mediano plazo para abordar los problemas clave a lo largo de tres líneas de acción generales: (1) el fortalecimiento institucional del Programa Ampliado de Inmunización para mejorar la adopción y ejecución de las políticas de inmunización; (2) el fortalecimiento de los servicios de salud para mejorar la cobertura de vacunación y la introducción de nuevas vacunas; y (3) el fortalecimiento de la información y de los sistemas de vigilancia.

El siguiente informe esboza las actividades llevadas a cabo durante la Fase I bajo cada línea de acción y los logros de los dos últimos años.

Fase I (1999-2001): Modernización del programa de inmunización nacional e incorporación de nuevas vacunas.

Fortalecimiento institucional del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para mejorar la adopción y ejecución de políticas de inmunización. Bajo la Fase I del proyecto, se lograron avances al establecer un compromiso a largo plazo con el financiamiento del sector público local del programa de inmunización y con el fortalecimiento de las funciones esenciales de gestión.

En el frente financiero, el Ministerio de Finanzas introdujo una partida en el presupuesto nacional, de modo que resulte más transparente la asignación de financiamiento para la compra de vacunas. También es importante que el Ministerio de Finanzas haya establecido un impuesto sobre el organismo de seguridad social de Bolivia (Caja Nacional de Salud), cuyo producto será destinado a la compra de vacunas.

En lo que se refiere al fortalecimiento de la gestión, se produjeron mejoras en los niveles centrales y departamentales y también en la coordinación entre esos dos niveles. El perfil de trabajo del PAI fue elevado, siendo constituido como una unidad que reporta a la Dirección General de Salud perteneciente al Ministerio de Salud; periódicamente informa en forma directa al Ministro de Salud. El equipo central del PAI se fortaleció con la inclusión de tres profesionales y cinco empleados de personal de apoyo, y también con asistencia técnica a corto plazo. Se establecieron nuevos procesos administrativos y de adquisiciones. Las compras de vacunas están bajo la responsabilidad de la Dirección de Administración y del viceministro. Se ha desarrollado un sistema automático de control de inventarios de vacunas y jeringas que está en proceso de implementación.

Con la inclusión de metas de inmunización dentro de los convenios de desempeño, se han fortalecido las líneas de comunicación entre el centro y los departamentos y se han establecido responsabilidades específicas para reforzar la rendición de cuentas. Los departamentos comparten la responsabilidad en los esfuerzos para lograr una alta cobertura de vacunación y para reducir el número de municipios con baja cobertura de vacunación. Se celebran reuniones trimestrales de evaluación entre los niveles nacionales y departamentales y se realizan visitas trimestrales de supervisión a todos los niveles. Además, se ha conformado un Comité Consultivo Técnico a nivel nacional y departamental, en el que participan las sociedades científicas de Bolivia.

Para ayudar en la planificación eficaz, se ha llevado a cabo un estudio CAP nacional en el que se detallan las diferencias de las regiones ecológicas, los grupos etnográficos y la población urbana y rural. Los resultados del estudio CAP están siendo utilizados para el desarrollo de la estrategia permanente de información, educación y comunicación.

Fortalecimiento de los servicios de salud para mejorar la cobertura e introducir vacunas nuevas. Bajo la Fase I, se incrementó la capacidad de campo para la administración de inmunización de rutina, así como para la

respuesta ante emergencias. Además, se agregaron nuevas vacunas eficaces al esquema de vacunación de Bolivia. En todo el país, se fortalecieron tanto los equipos del PAI como el nivel departamental con el agregado de una enfermera y la asignación de brigadas rápidas de respuesta, conocidas por su sigla BEAR. Se contrataron 120 vacunadores bilingües, que fueron capacitados y equipados para participar en actividades de vacunación y de vigilancia en cada departamento. Además, se han capacitado equipos departamentales para identificar y actuar en los municipios con baja cobertura, y se han destinado cinco epidemiólogos financiados por la OPS a los departamentos críticos del país.

El esquema de vacunación nacional se ha ampliado para incluir vacunación contra la *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la hepatitis B, y se incluyó vacunación contra la fiebre amarilla en las zonas endémicas. La vacuna antisarampionosa ha sido reemplazada por la vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR). Además, en julio de 2000 se ha introducido la vacuna combinada del Hib, el DPT y la hepatitis B como una vacuna pentavalente. Otras mejoras importantes incluyen la implementación de prácticas básicas de bioseguridad, con la adquisición de cajas de seguridad para la eliminación de jeringas y agujas y la elaboración de un manual de bioseguridad. Se ha renovado la cadena de frío, incluyendo la remodelación de un depósito nacional y la construcción de cinco depósitos departamentales. Donde fue necesario, se ha renovado el equipo local y se ha aumentado la capacidad de almacenamiento según lo requerido por las nuevas vacunas.

Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia. Se fortalecieron las funciones críticas del programa de inmunización: vigilancia, recopilación y análisis de datos. Por ejemplo, se están reforzando los comités nacionales responsables del análisis de la información a todos los niveles. Se ha implementado el monitoreo rápido de la cobertura de vacunación. La búsqueda activa de enfermedades prevenibles por vacunación ahora se realiza en 1.236 establecimientos de salud (50.000 diagnósticos examinados) y se ha entrevistado a 73.587 líderes de la comunidad y a personas de la comunidad. Se imprimió y distribuyó un libro de registro de las vacunaciones realizadas fuera de los servicios de salud. El personal sanitario de todos los niveles recibió capacitación sobre el registro diario de las dosis aplicadas y la consolidación mensual de la información. Se han llevado a cabo las tareas de seguimiento semanal de los indicadores de vigilancia, seguimiento mensual de cobertura por municipio e implementación de medidas correctivas. Se han designado hospitales centinela para el sistema de vigilancia de las infecciones por Hib y la hepatitis B. Por último, se estableció un sistema de colaboración con la Dirección de Epidemiología para mejorar la notificación e implementación del sistema de alerta de vigilancia.

Financiamiento bajo la Fase I

La puesta en práctica del plan de inmunización a mediano plazo fue cofinanciada por el gobierno de Bolivia, organismos internacionales especializados y el Banco Mundial. El gasto en inmunización aumentó de un total de US\$2,4 millones en 1999 a unos US\$11,6 millones en 2001. Al mismo tiempo, las

asignaciones del gobierno de Bolivia para vacunas y otros insumos del programa aumentaron más del doble, pasando de US\$1,15 millones en 1999 a unos US\$3,5 millones en 2001.

Resultados

La primera fase ha producido resultados concretos. La cobertura de vacunación (medida por DPT3) aumentó de un 75% en 1996-98 a un 89% en 2000. La cobertura con pentavalente 3 ha alcanzado un 75% en 2001. Hay que destacar que el número de municipios con baja cobertura de DPT3 ha disminuido de 212 a 72. Además, después de no haber podido cumplir con su meta financiera para 1999, en 2000 el gobierno de Bolivia pudo movilizar su nivel proyectado de US\$3 millones para la adquisición de vacunas.

Lecciones aprendidas

La colaboración establecida entre el gobierno de Bolivia, el Banco Mundial y la OPS ha tenido un impacto extraordinario en las políticas que rigen al Programa Nacional de Inmunización en Bolivia, así como en la sostenibilidad financiera de este. El Ministerio de Finanzas ahora reconoce la necesidad de invertir en vacunas para hacer sostenible al programa y el gobierno de Bolivia ha asumido su responsabilidad de invertir en vacunas de un modo gradual.

El proyecto ha mostrado claramente que el nivel de infraestructura del sistema de salud de un país y la capacidad de ese sistema para prestar servicios juegan un papel crítico en el desarrollo y la implementación de programas de inmunización sostenibles. Otro aspecto que hace que este proyecto tenga una relevancia especial para otros países de las Américas y de otras regiones es el uso de indicadores de impacto de inmunización, que miden no sólo los componentes de inmunización, sino también los aspectos generales de la reforma de la atención sanitaria y los procesos de descentralización.

Las herramientas y la metodología empleadas para desarrollar este proyecto se están utilizando para fortalecer programas nacionales de inmunización a nivel mundial. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) ha incorporado muchas herramientas y metodologías desarrollados por la OPS y utilizadas en la experiencia de Bolivia en sus normas para elaborar solicitudes de financiamiento del Fondo para las Vacunas de los Niños. Entre ellas se incluyen: la metodología para evaluar un programa nacional de inmunización, los planes de acción quinquenales y anuales, los Comités de Coordinación Inter-agenciales, el monitoreo rápido de coberturas de vacunación, los planes de supervisión minuciosa a nivel local y el establecimiento de las brigadas rápidas de respuesta.

El gobierno de Bolivia y los miembros del Comité de Coordinación Inter-agencial han firmado recientemente un Memorando de Entendimiento en apoyo del Programa Ampliado de Inmunización de Segunda Generación (PAI-II). Durante la Fase II (2002-5), se propone que el PAI-II continúe en las tres líneas de acción anteriores, centrándose en elementos críticos para el éxito futuro.

Fuente: Anexo, documento de evaluación de proyectos, Fase II: proyecto de reforma del sector sanitario de Bolivia, Banco Mundial.

Vigilancia del sarampión en las Américas

Clasificación final de los casos, 2000

Región	País	Datos Finales 2000					Total Casos Confirm. 1999
		Total Casos Sospechosos Notificados	Des-cartados	Casos Confirmados			
				Clinica*	Laboratorio y nexos PAI	Total	
Andina	Bolivia	1.516	1.391	60	62	122	1.441
	Colombia	2.048	2.047	1	0	1	43
	Ecuador	1.296	1.295	0	0	0	0
	Perú	6.362	5.680	0	1	1	12
	Venezuela	1.584	1.562	6	16	22	0
Brasil	Brasil	54.589	54.357	6	30	36	908
Centro-américa	Belice	37	37	0	0	0	0
	Costa Rica	219	219	0	0	0	23
	El Salvador	624	624	0	0	0	0
	Guatemala	905	905	0	0	0	0
	Honduras	626	626	0	0	0	0
	Nicaragua	523	523	0	0	0	0
	Panamá	126	126	0	0	0	0
Caribe Inglés	Anguila	3	3	0	0	0	0
	Antigua y Barbuda	6	6	0	0	0	0
	Bahamas	5	5	0	0	0	0
	Barbados	40	40	0	0	0	0
	Islas Caimán	10	10	0	0	0	0
	Dominica	1	1	0	0	0	0
	Grenada	22	22	0	0	0	0
	Guyana	27	27	0	0	0	0
	Jamaica	100	100	0	0	0	0
	Montserrat	0	0	0	0	0	0
	Antillas Holandesas	0	0	0	0	0	0
	St. Cristobal y Nieves	3	3	0	0	0	0
	Sta. Lucía	2	2	0	0	0	0
	San Vicente y las Granadinas	1	1	0	0	0	0
	Suriname	26	26	0	0	0	0
	Trinidad y Tabago	116	116	0	0	0	0
	Turcas y Caicos	3	3	0	0	0	0
	Islas Vírgenes Británicas	1	1	0	0	0	0
	Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0	0	0	0	0	0
Caribe Latino	Cuba	1.861	1.311	0	0	0	0
	Rep. Dominicana	3.651	3.397	16	238	254	274
	Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0
	Guadalupe	...	...	...	...	...	0
	Haití	1.184	190	13	979	992	0
	Martinica	0	0	0	0	0	0
	Puerto Rico	0	0	0	0	0	0
México	México	1.940	619	0	28	28	0
Norte América	Bermuda	0	0	0	0	0	0
	Canadá	206	0	0	206	206	29
	Estados Unidos	85	0	0	85	85	100
Cono Sur	Argentina	935	929	0	6	6	313
	Chile	107	106	0	0	0	31
	Paraguay	807	807	0	0	0	0
	Uruguay	...	...	...	...	...	34
Total		81.594	77.117	102	1.651	1.753	3.208

... Datos no disponibles.

Fuente: MESS/HVP excepto para Brasil, Canadá, Cuba, Guadalupe y Estados Unidos.

Actualizado: 1 mayo 2001

Organismos de las Naciones Unidas lanzan nuevo plan para reducir a la mitad la mortalidad del sarampión

En una maniobra concertada contra una de las enfermedades infantiles más letales del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) anunciaron hoy una nueva iniciativa destinada a reducir a la mitad para 2005 el número de muertes debidas al sarampión en todo el mundo.

«El sarampión es todavía una de las principales causas de mortalidad infantil, con más de 30 millones de casos y casi 900 000 defunciones anuales en los últimos años. Estas cifras son aún más escandalosas si se considera que una inmunización eficaz, que incluye vacuna y equipo seguro de inyección, cuesta apenas US\$ 0,26 y ha estado a disposición durante más de 30 años.

El sarampión constituye la causa de la mayoría de las 1,6 millones de defunciones anuales estimadas que se producen por enfermedades infantiles prevenibles mediante la vacunación. La principal razón de las altas tasas de incidencia y mortalidad del sarampión sigue siendo la no aplicación de al menos una dosis de la vacuna antisarampionosa a todos los lactantes.

El Plan Estratégico Mundial de Sarampión exhorta a los países a que evalúen el avance en el control del sarampión, identifiquen las razones de la baja cobertura de rutina, desarrollen un plan de tres a cinco años de duración de reducción de la mortalidad por sarampión y pongan plenamente en práctica las estrategias recomendadas.

El plan ha sido elaborado por UNICEF y la OMS en cooperación con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, numerosos especialistas mundiales y una serie de colaboradores. Tiene la ventaja de ser un marco flexible que puede adaptarse a las necesidades específicas y a las metas inmediatas de cada país.

Bajo la nueva iniciativa, la OMS y UNICEF ayudarán a los países afectados a:

1. Administrar una primera dosis de vacuna antisarampionosa a todos los lactantes.
2. Garantizar una “segunda oportunidad” de vacunación para

aumentar la probabilidad de que la mayor cantidad posible de niños sean inmunizados y para asegurar que los que hayan recibido inmunización estén respondiendo a la vacunación.

3. Establecer un sistema eficaz para controlar la cobertura y realizar un monitoreo del sarampión.
4. Mejorar el manejo de los casos complicados de sarampión, incluida la administración de suplementos de vitamina A.

Es fundamental alcanzar una cobertura casi completa para contener la enfermedad. Dado que el sarampión es tan contagioso y que un pequeño número de quienes reciben la vacunación no desarrollan inmunidad, hace falta que los niveles de cobertura estén por encima del 90% para prevenir muertes provocadas por el sarampión.

El sarampión, una enfermedad viral, se transmite mediante pequeñas gotitas infectadas expulsadas al estornudar o toser, mediante el contacto directo con secreciones nasales o de garganta de personas infectadas, o mediante el contacto con objetos contaminados. Es una enfermedad predominante en la niñez, que causa fiebre y sarpullido, y que a veces resulta complicada por infecciones del oído, neumonía o encefalitis lo que puede dar lugar a convulsiones, sordera, retraso mental o muerte. Además de las imperiosas razones humanitarias y de salud, también son convincentes los argumentos económicos en favor de la inversión en el control del sarampión. De todas las intervenciones sanitarias, la inmunización antisarampionosa registra el retorno más alto de salud en relación al dinero invertido, salvando más vidas por unidad que la mayoría de las demás intervenciones.

Fuente: OMS-UNICEF, 29 de marzo de 2001

Nota Editorial: La Región de las Américas estableció la meta de erradicación del sarampión en 1994 y los Ministros de Salud aprobaron por unanimidad el Plan de Acción para la Erradicación del Sarampión en las Américas en 1995. La meta de erradicar el sarampión está al alcance. Hasta la fecha solo Haití y la República Dominicana tienen evidencia de transmisión del sarampión endémica.

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por la División de Vacunas e Inmunización (HVP) 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.

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.



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

División de Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
<http://www.paho.org> (Buscar:Boletín Informativo PAI)

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729