

# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXIX, NÚMERO 3 ► JUNIO DE 2007

- 1 Mobilización de recursos y alianzas para la eliminación de la rubéola y el SRC
- 1 Campaña in Honduras
- 4 Campaña en El Salvador
- 5 Campaña en Argentina
- 7 Lecciones aprendidas
- 8 Fases de la campaña para la eliminación de la rubéola y el SRC

## Mobilización de recursos y alianzas para alcanzar la meta regional de eliminación de la rubéola y del SRC

El fortalecimiento de las actividades de eliminación del sarampión a comienzos de los años noventa mostró que la rubéola constituía un importante problema de salud pública en la Región de las Américas. Desde entonces, se han realizado importantes avances en la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola en la Región, lo que ha resultado en una rápida reducción del número de casos de rubéola y de lactantes nacidos con síndrome de rubéola congénita (SRC) (figura 1).

Los datos existentes en materia de costo-beneficio y la disponibilidad de una vacuna segura, asequible y eficaz impulsó en 2003 la aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS de la resolución CD44.R1, instando a la eliminación de la rubéola y del SRC en las Américas para 2010. Tres años después, el 47.º Consejo Directivo confirmaba que la eliminación de la rubéola constituía una prioridad para la Región y señalaba la necesidad del compromiso sostenido de los Estados Miembros y sus socios para lograr la meta de la eliminación. En vista del progreso logrado a la fecha, se espera que la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre adopte una resolución que establezca un comité internacional de expertos para documentar la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y el de la rubéola en la Región.

### Estrategia de eliminación

La estrategia de la OPS para la eliminación de la rubéola y del SRC incluye la introducción de la vacuna antirrubéólica en el programa regular de vacunación infantil, la realización de las campañas periódicas de seguimiento con la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR), la integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola, la puesta en marcha y el fortalecimiento de la vigilancia del SRC y la realización de una campaña masiva única para hombres y mujeres destinada a reducir rápidamente las poblaciones susceptibles.

## Campaña de vacunación contra el sarampión y la rubéola en Honduras

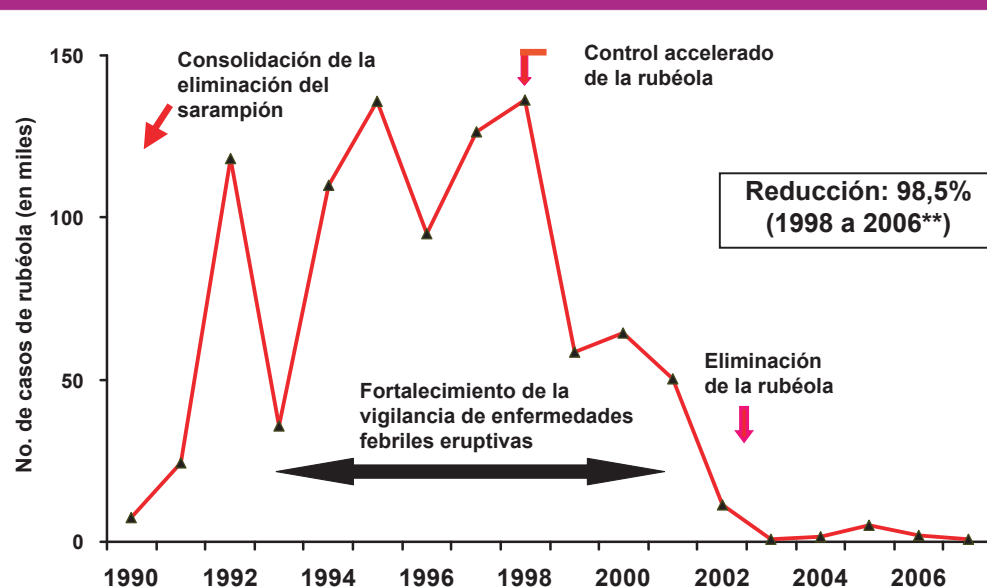
En los años noventa, en Honduras se notificaban un promedio de 133 casos de rubéola por año, con una tasa de incidencia anual de 2,55 casos por 100.000 habitantes; sin embargo, la subnotificación era probablemente muy importante. En 1998 y 1999, un brote de rubéola dio lugar a la notificación de 1.507 casos, 64,5% de los cuales fueron confirmados por laboratorio; 67% de los casos se produjeron en mujeres. Entre 1998 y 2001, se investigaron 210 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (SRC) y 11 se confirmaron en el laboratorio.

Honduras introdujo la vacuna triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis) en 1997 con un programa de dosis única a los 12 meses de edad. En 1999, con la finalidad de controlar la rubéola y el SRC, se introdujo la vacuna contra sarampión y rubéola (SR) para todas las mujeres en edad fértil (MEF) de entre 12 y 49 años. La cobertura en este grupo poblacional entre 1999 y 2001 fue de 67%.

### Estrategia de eliminación

En 2000, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS recomendó que se llevara a cabo una iniciativa regional para prevenir la rubéola y el SRC. En 2001, la Secretaría de Salud, a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), adoptó la estrategia recomendada por la OPS que tenía por objeto acelerar el control de la rubéola y la prevención del SRC al tiempo que se fortalecía la eliminación del sarampión.

Figura 1. Impacto de las estrategias de control y eliminación de la rubéola, las Américas, 1990–2007\*



\* incluye casos de rubéola notificados a la OPS a la semana epidemiológica 19 de 2007.

\*\* datos preliminares.

Fuente: informes de los países.

Los elementos fundamentales de una campaña de vacunación masiva de calidad incluyen la participación y el fuerte compromiso político, la activa comunicación social, una importante movilización social y micro-planificación local para garantizar la plena participación comunitaria, la implicación de las sociedades científicas y de otros actores sociales y la colaboración de los medios de comunicación.

### Costo de la estrategia

Los datos en materia de carga de enfermedad de la rubéola obtenidos gracias al fortalecimiento de las actividades de eliminación del sarampión propiciaron el control acelerado de la rubéola y del SRC (1998 a 2003). Los países a la vanguardia de la aplicación de las estrategias de vacunación antirrubéolica, tales como los del Caribe de habla inglesa, Chile, Costa Rica, Brasil y México, invirtieron 110 millones de dólares con objeto de eliminar la rubéola. Tras la resolución del Consejo Directivo de la OPS de 2003, se calculó que la ejecución de la iniciativa de eliminación de la rubéola y del SRC costaría otros 210 millones de dólares (2003 a 2010). Ello incluía la provisión de aproximadamente 35 millones de dólares (17% del presupuesto total) procedentes de fondos presupuestarios externos. Unos 175 millones de dólares (83%) procederían de los programas nacionales, que en gran parte costearían la vigilancia, los servicios de laboratorio, las actividades suplementarias de vacunación, la supervisión, la movilización social, la capacitación, la investigación, la evaluación del programa y la documentación de la eliminación de la rubéola.

### Movilización de recursos

Con posterioridad al Consejo Directivo del 2003, la OPS elaboró un plan de acción regional destinado a movilizar los recursos necesarios para alcanzar

la meta de eliminación de la rubéola y del SRC en 2010.

El período transcurrido desde 2003 hasta el presente se ha caracterizado por intensas actividades de movilización de recursos dirigidas a diversificar las fuentes de financiamiento para lograr la sostenibilidad de la iniciativa. Con este fin, la coordinación intersectorial con socios de la OPS, organismos gubernamentales externos, organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios ha sido esencial para movilizar los recursos necesarios que, añadidos al financiamiento de los gobiernos, ha permitido llevar a cabo las actividades de eliminación de la rubéola. Del 2003 a diciembre del 2006, se invirtieron 100,4 millones de dólares en la iniciativa regional: de ellos, 76,5 millones procedían de los diferentes países y 1,3 millones de los presupuestos regulares de la OPS y la OMS. Además, los socios de la OPS, los proveedores de vacunas y las organizaciones no gubernamentales han aportado 22,6 millones de dólares. Estos fondos han costado la vigilancia, las campañas, la capacitación, la evaluación y los costos de investigación relacionados con las actividades de eliminación.

Con objeto de alcanzar la meta de eliminación de la rubéola en 2010, se requerirán otros 112,5 millones de dólares para completar las campañas de vacunación antirrubéolica y mantener y fortalecer la vigilancia integrada del sarampión, y de la rubéola y el SRC en la Región. De esa cantidad, los distintos gobiernos financiarán 95,5 millones de dólares (85%) y los 17 millones restantes (15%) están siendo movilizados actualmente por la OPS en colaboración con sus socios. Además, el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS, que ha venido proporcionando con éxito un suministro ininterrumpido de vacunas y jeringas de calidad a precios asequibles para los países de la Región, seguirá respondiendo a las insuficiencias

de vacunas en los diferentes países a medida que se lleve a cabo la estrategia de eliminación.

### Alianzas

Los socios de la OPS son esenciales para alcanzar la meta establecida en la resolución CD44.R1 de eliminar la rubéola y el SRC en la Región para 2010. Entre los socios se incluyen la Cruz Roja Estadounidense, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EUA, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional, la fundación March of Dimes, el Sabin Vaccine Institute, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y el Serum Institute of India. Cada socio ha desempeñado una función estratégica en la ejecución o evaluación de las campañas de vacunación masiva en toda la Región. Los grandes proveedores de vacunas también han contribuido al éxito de las campañas mediante donaciones de vacunas de calidad con objeto de superar las insuficiencias de los diferentes países y los déficits de financiamiento.

### Conclusiones

Gracias al apoyo inquebrantable y a la dedicación de los socios de la OPS —organismos multilaterales y bilaterales, organizaciones no gubernamentales y colaboradores locales— se han realizado enormes avances en la Región, no sólo en la interrupción de la transmisión del virus de la rubéola, sino también para el fortalecimiento de la eliminación del sarampión. ■

### HONDURAS Cont. página 1

Honduras basó su decisión de consolidar la eliminación del sarampión y acelerar el control de la rubéola y la prevención del SRC en el análisis epidemiológico de la rubéola y en el costo-beneficio de la estrategia según el método descrito por Stray-Pedersen.<sup>1</sup> Se calculó que la realización de una campaña para vacunar a 3,2 millones de personas obtendría una relación costo-beneficio de 1:10.

### Objetivos de la campaña

El plan nacional de la campaña de vacunación se enunció de acuerdo con los siguientes objetivos:

- acelerar el control de la rubéola y la prevención del SRC;
- alcanzar una cobertura de 95% mediante una dosis de vacuna SR administrada en todo el país a las mujeres de 5 a 49 años y a los hombres de 5 a 39 años; e
- iniciar y completar el programa de vacunación con todos los antígenos para los niños de 5 años de edad y otros grupos destinatarios del programa.

La población destinataria se definió a partir de las proyecciones de población y el censo de vivienda nacionales de 1988 y el análisis de cohortes de mujeres de 12 a 49 años vacunadas con SR durante los años 1999 a 2001. Se establecieron las siguientes metas: 1.101.933 mujeres de 5 a 49 años y 2.115.967 hombres de 5 a 39 años (en total 3.217.900), lo que representaba 53% de la población total del país.

### Ejecución de la campaña

El principal foco de interés de la campaña era la participación comunitaria. Las instituciones del sector público, los organismos de cooperación internacional, las empresas del sector privado y la sociedad civil unieron sus esfuerzos para alcanzar una meta común.

Las estrategias principales para la ejecución de la campaña fueron las siguientes:

- Anunciar la campaña como una prioridad nacional, mediante la publicación de un acuerdo presidencial que alentaba las alianzas estratégicas a niveles nacional, departamental, municipal y local con objeto de proporcionar apoyo durante todo el proceso.
- Establecer alianzas estratégicas con los interesados directos de los sectores público y privado para garantizar su participación activa y compro-

<sup>1</sup> Stray-Pedersen B. Economic evaluation of different vaccination programs to prevent congenital rubella. NIPH Ann. 1982;5(2):69-83.

miso total en la planificación, ejecución y evaluación de las diferentes etapas de la campaña.

- Seleccionar la población destinataria congregada en entornos laborales y escolares con objeto de establecer los métodos de vacunación y las necesidades de productos biológicos, jeringas y otros suministros.
- Promover la campaña como parte de la estrategia de movilización social del PAI.
- Introducir la capacitación, el seguimiento, la supervisión y la evaluación como mecanismos de control de la gestión de los procesos, desde la planificación hasta la ejecución.

La campaña comenzó en junio del 2002. Para optimizar los recursos, el lanzamiento se llevó a cabo durante la primera semana de las Jornadas Nacionales de Vacunación (JNV), organizadas anualmente para fortalecer la erradicación de la poliomielitis. Las fases de la campaña eran las siguientes:

- Fase I (una semana): vacunar con una dosis de vacuna antipoliomielítica oral a todos los niños menores de 5 años, y con la vacuna SR a todas las personas, en su mayoría mujeres, que acompañan a esos niños.
- Fase II (dos semanas): vacunar con una dosis de vacuna SR a las mujeres (de 5 a 49 años) y a los hombres (de 5 a 39 años) reunidos en centros preescolares, escuelas de enseñanza primaria y secundaria y universidades de los sectores privado y público. Además de los estudiantes, las vacunas se administraban al personal docente y administrativo por medio de puestos de vacunación fijos y móviles.
- Fase III (dos semanas): vacunar a las mujeres (de 5 a 49 años) y a los hombres (de 5 a 39 años) en los centros de trabajo, en puestos de vacunación fijos.
- Fase IV (una semana): llevar a cabo búsquedas en centros de salud, comunidades, entornos laborales y centros educativos para seleccionar y vacunar a las personas no vacunadas. Al mismo tiempo, se llevaron a cabo monitoreos rápidos de cobertura (MRC) en comunidades en situación de riesgo.

## Resultados de la campaña

La campaña no se llevó a cabo tal como se había previsto como consecuencia de una emergencia nacional relacionada con un brote de dengue hemorrágico. Se interrumpieron las actividades de vacunación en las dos principales regiones sanitarias del país que representaban más de 60% de la población destinataria. Ello también repercutió en las siete restantes regiones sanitarias, donde se desaceleró el ritmo de las actividades de vacunación. Tras seis semanas de campaña, la tasa de cobertura era sólo de 82% (2.635.502 personas vacunadas). Por consiguiente, las autoridades nacionales decidieron seguir con la campaña una vez controlada

la epidemia de dengue. La campaña se lanzó de nuevo a finales de noviembre y se prolongó hasta diciembre de 2002, alcanzando una cobertura nacional de 93% (2.992.647 personas vacunadas).

Al no alcanzarse en 2002 la meta de cobertura de la vacunación contra SR de 95%, se llevaron a cabo exhaustivas búsquedas y MRC durante 2003 para identificar a la población no vacunada.

En la JNV realizada del 2 al 7 de junio del 2003, Honduras alcanzó por fin una cobertura de 98% a escala nacional: se vacunó a 100% de las mujeres y 97% de los varones (figura 1). Ciertas creencias equivocadas que asociaban la vacunación con métodos de esterilización probablemente fueron responsables de la menor cobertura entre los hombres. Es posible que hasta un 25% de las MEF, vacunadas anteriormente entre 1999 y 2001, fueran revacunadas como consecuencia de haber perdido sus tarjetas de vacunación.

La realización sistemática de MRC durante las JNV, las campañas masivas y las actividades del programa sostenido facilitaron la identificación de las zonas en riesgo de obtener tasas de cobertura inferiores a 95%.

Todas las regiones sanitarias de Honduras alcanzaron una cobertura superior a 95%, para todos los grupos de edad y sexo, a excepción de la región sanitaria número 4 (Departamentos de Choluteca y Valle) donde la cobertura en hombres fue inferior a 95%. De los 298 municipios del país, 78% (231) alcanzaron una cobertura administrativa de vacunación contra SR superior a 95% entre los hombres de 5 a 39 años. Más de 89% de los municipios alcanzaron una cobertura superior a 95% entre las mujeres de 5 a 49 años.

No se notificó ningún evento adverso grave a escala nacional. Sólo se notificaron dos casos de mujeres

embarazadas vacunadas inadvertidamente durante la campaña. A ambas se les dio seguimiento y dieron a luz recién nacidos sanos.

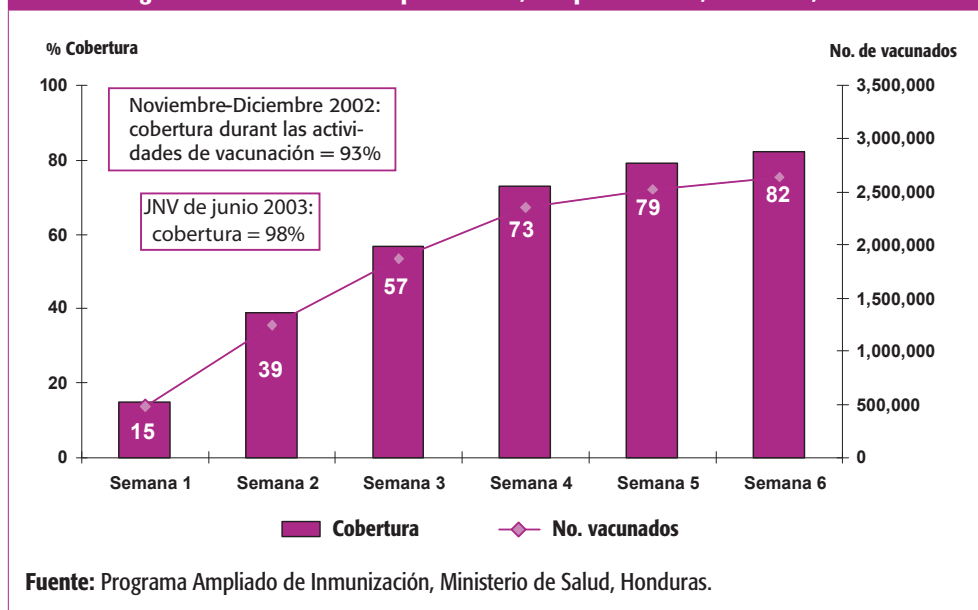
El costo total de las JNV del 2002 y de la campaña nacional de vacunación contra el sarampión y la rubéola fue de 2.638.750 dólares; 89% del total (2.354.997 dólares) provino del gobierno de Honduras, en forma de fondos asignados al PAI por la Secretaría de Salud, de los municipios y del sector privado. Los restantes 283.753 dólares provinieron de donaciones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la OPS y otras organizaciones tales como el Club Rotario y el Laboratorio Merck.

## Conclusiones

Honduras realizó una exitosa campaña de vacunación masiva contra el sarampión y la rubéola a pesar de las dificultades relacionadas con una emergencia sanitaria nacional. Puesto que la cobertura de la campaña del 2002 fue sólo de 93% entre los hombres de 5 a 39 años y las mujeres de 5 a 49 años, se precisó realizar actividades complementarias para alcanzar el objetivo original. Durante las JNV de 2003, se llevaron a cabo búsquedas de personas no vacunadas y se alcanzó una cobertura de vacunación contra SR de 98% a escala nacional. ■

**Autores:** Ida Berenice Molina, Regina Trinidad Durón, María Aparicia Palma; Programa Ampliado de Inmunización, Secretaría de Salud, Honduras.

Figura 1. Cobertura con SR por semana, campaña masiva, Honduras, 2002



# Eliminación de la rubéola y el SRC en El Salvador

## Introducción

Entre 1997 y 2004, El Salvador utilizó una estrategia de control acelerado de la rubéola. En 1997, se introdujo la vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) en el programa de inmunización regular para todos los niños de 1 año de edad. Desde su introducción, los niveles de cobertura de la vacuna SRP reportados se han aproximado a 95%. Un año antes, la vacuna se había incluido en el programa Escuela Saludable, vacunándose unos 600.000 escolares de entre 6 y 12 años de edad. Durante los siguientes dos años, entre 1997 y 1998, se vacunaron contra la rubéola 640.000 mujeres de entre 15 y 25 años de edad. Al finalizar el programa Escuela Saludable, en todos los centros de salud se ofrecía una segunda dosis de vacuna SRP a los niños de 6 años de edad. Sin embargo, en el año 2000, se redujo la edad hasta los 4 años, ya que sólo se lograba una cobertura de 60% cuando se administraba a los 6 años (cuadro 1).

## Planificación de la campaña

En 2004, El Salvador emprendió una iniciativa para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). Además de fortalecer la vigilancia de ambas enfermedades, las autoridades sanitarias decidieron llevar a cabo una campaña de vacunación masiva encaminada a interrumpir rápidamente la transmisión endémica de la rubéola. Un estudio local determinó que la ejecución de una campaña de vacunación masiva dirigida a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad sería costo-beneficiosa.

La planificación de la campaña de vacunación masiva duró seis meses. Localmente y a lo largo de un mes, se realizó una detallada microplanificación. Como parte de la etapa de planificación, se llevó

a cabo una campaña de comunicación masiva que alentaba las donaciones voluntarias de sangre antes del lanzamiento de la campaña, ya que la escasez de sangre constituye un problema crónico en El Salvador. Ello fue necesario porque los reglamentos internacionales no recomiendan las donaciones de sangre tras la vacunación con vacunas de virus vivos atenuados tales como la vacuna SR (contra el sarampión y la rubéola) y también fue crucial para que el país pudiera garantizar un suministro de sangre ininterrumpido.

## Ejecución de la campaña

Entre abril y mayo del 2004, en El Salvador se llevó a cabo una campaña de vacunación masiva dirigida a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad (47% de la población del país), usando la vacuna SR (cuadro 1). Durante las dos primeras semanas de campaña, las actividades se dirigieron a las poblaciones cautivas en los centros de trabajo, las escuelas y las universidades. Además se establecieron puestos de vacunación en las zonas de congregación, como los mercados, los centros comerciales y las paradas de autobús. Las siguientes cuatro semanas se destinaron a la vacunación casa a casa, una estrategia esencial para llegar a las zonas rurales del país. Más de cuatro mil miembros del personal sanitario trabajaron exclusivamente para la campaña. La cobertura general alcanzó un 99%, con un total de 2.796.391 personas vacunadas.

El monitoreo del progreso diario a nivel municipal y semanal a nivel central desempeñó una función clave en la detección de problemas, de manera que pudieran ser corregidos oportunamente. Por ejemplo, durante la cuarta semana de la campaña, se había hecho evidente que los hombres de 20 a 34 años de edad tenían niveles de cobertura sig-

nificativamente inferiores a los otros grupos; por consiguiente, los mensajes informativos se dirigieron a este grupo de edad y ayudaron a mejorar la cobertura.

Otro componente clave de la campaña, además del seguimiento semanal de las coberturas administrativas, eran los monitoreos rápidos de cobertura (MRC) llevados a cabo con objeto de verificar si se habían cumplido las metas de vacunación. El MRC fue un elemento clave para identificar los focos de población no vacunada. Al final, se realizaron más de 380 MRC, y todos ellos notificaron niveles de cobertura  $\geq 95\%$ . Vale la pena señalar que El Salvador fue el primer país de las Américas que realizó tantos MRC como parte integral de su campaña de eliminación de la rubéola.

La vacuna SR no se ofrecía a las mujeres embarazadas, no obstante, se vacunó inadvertidamente a 909 mujeres encinta. Cincuenta y nueve de ellas (6,5%) fueron clasificadas como susceptibles a la rubéola en el momento de la vacunación. Todos los bebés nacidos de estas mujeres fueron evaluados al nacer: en uno de ellos se demostró infección por el virus vacunal, pero en ningún caso se observaron malformaciones congénitas compatibles con el SRC.

## Conclusiones

La vacunación de hombres y mujeres de 5 a 39 años fue la primera etapa en los esfuerzos de El Salvador para eliminar la rubéola y el SRC. Para completar con la vacunación de todas las cohortes, las autoridades sanitarias deberán evaluar el estado de protección de éstas.

Se extrajeron muchas enseñanzas de la lucha contra la rubéola en El Salvador, tales como la importancia de involucrar a todos los que integran el sistema de salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño de Seguro Social, y hacer hincapié en las actividades de comunicación y movilización social, la necesidad de estrategias de vacunación detalladas a escala local y la importancia básica de los MRC para garantizar la consecución de las metas de cobertura. La campaña de comunicación con respecto a la donación de sangre fue un éxito, ya que la disponibilidad de sangre no se vio afectada durante la campaña. Actualmente, estas lecciones aprendidas se aplican en el país durante las campañas de vacunación contra otras enfermedades como la influenza (2004) y el rotavirus (2006). También se prevé que el conocimiento adquirido a lo largo de la campaña masiva contra la rubéola en El Salvador será de crucial importancia cuando se introduzcan nuevas vacunas en el país. ■

**Autores:** Nora Villatoro, Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), El Salvador; Ana Elena Chévez, ex funcionaria del PAI, MSPAS, El Salvador; Desirée Pastor, Unidad de Inmunización (IM), OPS, El Salvador; C. Castillo-Solórzano, IM, OPS, Washington, D.C.

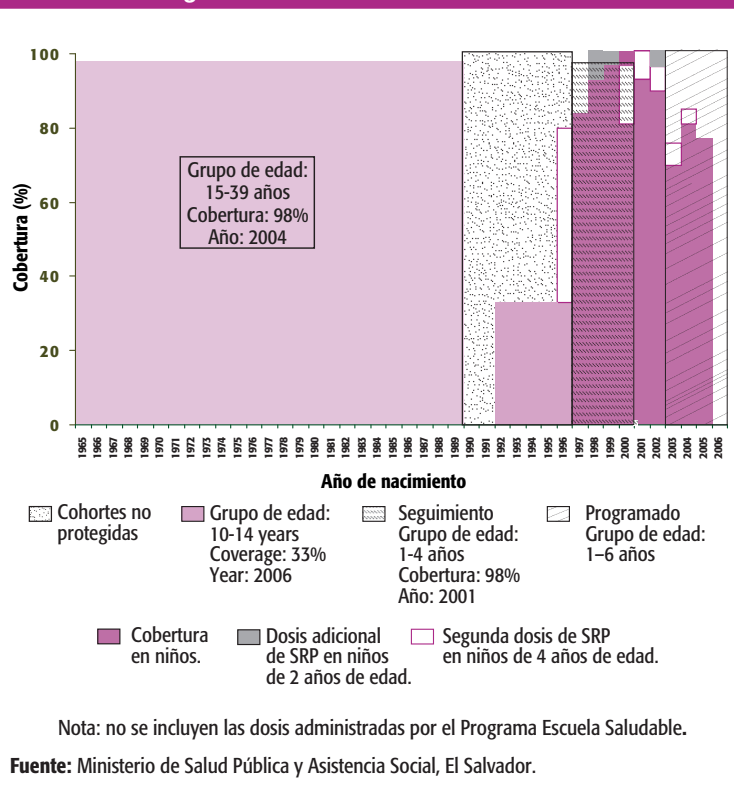
**Cuadro 1. Eliminación de la rubéola y del SRC en El Salvador: Estrategias de vacunación, 1997 a 2007**

Años	Estrategia	Vacuna	Población destinataria	Cobertura
1997	Introducción de la primera dosis (programa de vacunación regular)	SRP	Niños de 1 año de edad	>90%
1996-1999	Programa Escuela Saludable	SRP	Niños de 6 a 12 años de edad	100%
1997-1998	Vacunación casa a casa	Rubéola	Mujeres de 15 a 25 años	80%
2000	Introducción de la segunda dosis (programa de vacunación regular)	SRP	1999: cohorte de niños de 6 años de edad 2000 a 2006: cohorte de niños de 4 años de edad	80%
2001	Campaña de seguimiento	SR	Niños de 1 a 4 años de edad	98%
2004	Campaña de vacunación	SRP	Hombres y mujeres de 15 a 39 años	99%
2007*	Campaña de seguimiento	SR	Niños de 1 a 6 años de edad	95% (meta)

\* Se prevé concluir la campaña en julio del 2007.

## Transmisión de la rubéola y susceptibilidad después de la campaña

Figura 1. Cobertura en personas vacunadas contra el sarampión y la rubéola según año de nacimiento, El Salvador, 1965-2006



Como consecuencia de un pequeño brote de rubéola (2 casos confirmados) entre escolares de 10 a 14 años de edad en agosto del 2006, se llevó a cabo un análisis de cohortes para evaluar si todas las cohortes estaban protegidas contra la enfermedad. El análisis demostró que: 1) algunos grupos no habían sido destinatarios de la vacunación con SRP o con SR; 2) no todos los niños habían recibido una dosis de vacuna SRP antes de su quinto cumpleaños (figura 1); y 3) no se había realizado la campaña de seguimiento del sarampión que estaba planificada para 2005 (campaña que se realiza con objeto de contrarrestar la acumulación de personas susceptibles, ya que la vacuna SRP no es 100% eficaz). Por consiguiente, para prevenir el restablecimiento de la transmisión de la rubéola, en noviembre del 2006 se vacunó a más de 180.000 escolares de entre 10 y 14 años de edad. Para lograr la eliminación de la rubéola, mantener la eliminación del sarampión y limitar los brotes secundarios a importaciones, es necesario garantizar la protección de todas las cohortes. Con este fin, se ha programado una campaña de seguimiento dirigida a niños de entre 1 y 6 años de edad (nacidos entre 2002 y 2006) durante los meses de junio y julio de 2007, y se ha planificado una campaña de vacunación masiva de estudiantes de 11 a 17 años para 2008.

El brote del 2006 en El Salvador y el análisis de cohortes posterior ilustran cómo, a pesar de la alta cobertura de la vacunación de rutina con SRP y de una exitosa campaña de vacunación masiva, algunos grupos pueden permanecer desprotegidos. Cuando se planifican campañas de vacunación masiva para la eliminación de ciertas enfermedades, los países deben analizar a fondo las estrategias ya aplicadas y los resultados obtenidos con objeto de garantizar que se alcance a todos los grupos potencialmente susceptibles. Además, aunque el programa de vacunación regular recomienda la administración de dos dosis de vacuna SRP, las campañas de seguimiento siguen siendo necesarias si no se puede garantizar una cobertura de 95% para ambas dosis en todos los municipios.

## Campaña de vacunación contra la rubéola en Argentina

### Antecedentes

Desde 1998, el Ministerio de Salud (MS) de Argentina ha basado sus estrategias de inmunización y vigilancia en el análisis de tendencias de la rubéola, los grupos de susceptibles y el costo-beneficio de las intervenciones. El MS está comprometido a alcanzar la meta de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC) para 2010.

Con base en los estudios de seroprevalencia, la cobertura del programa de vacunación regular con dos dosis de vacuna SRP (sarampión, rubéola y parotiditis), la idiosincrasia de la población adulta y la disponibilidad de personal para administrar la vacuna, el país definió el grupo de mujeres de 15 a 39 años de edad (6.795.786) como el destinatario de la campaña de 2006 para la eliminación de la rubéola y del SRC en 2006. Para reducir el riesgo de transmisión viral, también se vacunó a los hombres en poblaciones cautivas y grupos en situación de mayor riesgo de infección.

### Organización y planificación

La organización y planificación de la campaña se coordinó con las autoridades políticas y técnicas de las provincias del país. Las decisiones políticas basadas en el análisis del avance de coberturas, se llevó a cabo en el seno del Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne mensualmente al Ministro de la Nación y los Ministros de todas las provincias del país.

Una resolución ministerial prestó apoyo político y legal desde el nivel nacional. Las provincias elaboraron declaraciones de apoyo a la campaña y sus gobiernos adoptaron algunas resoluciones. El MS estableció un presupuesto (de 10.833.750 dólares) y transfirió fondos a las distintas provincias. Las partidas presupuestarias incluían el costo de los biológicos y las jeringas (55,3%), la campaña de comunicación social (17,6%) y los costos operativos (27,1%). Las provincias también asignaron recursos procedentes de sus propios presupuestos. La cadena de frío se fortaleció mediante la com-

pra de neveras (2.300 unidades) y termos (2.000 unidades) para las actividades de vacunación en el terreno.

La organización de la campaña empezó ocho meses antes de su ejecución. Se elaboraron documentos técnicos para apoyar la campaña, tales como lineamientos técnico-operativos, guías de microplanificación local, Manual del Vacunador, preguntas y respuestas, y protocolos de seguimiento de las mujeres embarazadas vacunadas inadvertidamente. Se realizaron actividades de capacitación, en primer lugar dirigidas a los gerentes de los programas provinciales mediante cuatro talleres regionales. Para fortalecer la capacitación y microplanificación local, se repitieron los talleres en los 512 departamentos de las provincias con fondos aportados por el nivel nacional. En 2.171 municipios, se desarrollaron actividades de capacitación para los supervisores y el personal encargado de administrar las vacunas.

La organización integró diferentes organizaciones, tales como las sociedades científicas (pediatría, ginecología y obstetricia, perinatología, neurología, fonoaudiología, la Asociación Médica Argentina, la Asociación de Medicina Familiar, y enfermería), Club Rotarios, la Asociación Apoyo Familiar, la Aso-

ciación Mensajeros de la Paz y los organismos de cooperación internacional (UNICEF y OPS). La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Asociación Argentina de Perinatología, la Asociación Argentina de Medicina Familiar y la Federación Argentina de Enfermería firmaron una declaración de apoyo a la campaña de vacunación.

La campaña nacional de comunicación social se diseñó de forma que incluyera mensajes claros dirigidos a dos grupos de población: adolescentes y estudiantes universitarios, y mujeres con niños. Se emitían cuñas publicitarias durante los horarios de máxima audiencia en los canales de radio y televisión favoritos de los dos grupos destinatarios. En todas las provincias, se distribuyeron carteles y folletos para su colocación en las zonas públicas de alta afluencia. Se publicaron mensajes en revistas y periódicos de circulación nacional. Además, se distribuyó material en formato digital para las diferentes provincias de modo que se pudiera adaptar a las distintas situaciones locales. También se difundió información sobre la campaña por medio de páginas web, números de teléfono gratuitos y una dirección de correo electrónico creada específicamente para la campaña.

## Ejecución de la campaña

La campaña se lanzó el 1.º de septiembre y se había previsto que durara 60 días. Después del primer mes, sólo 5 de las 24 provincias habían alcanzado tasas de cobertura superiores a 80% y la cobertura a escala nacional era de 46%. Las provincias muy pobladas, tales como Buenos Aires, Capital Federal y Santa Fe, tenían una cobertura aproximada de 40%.

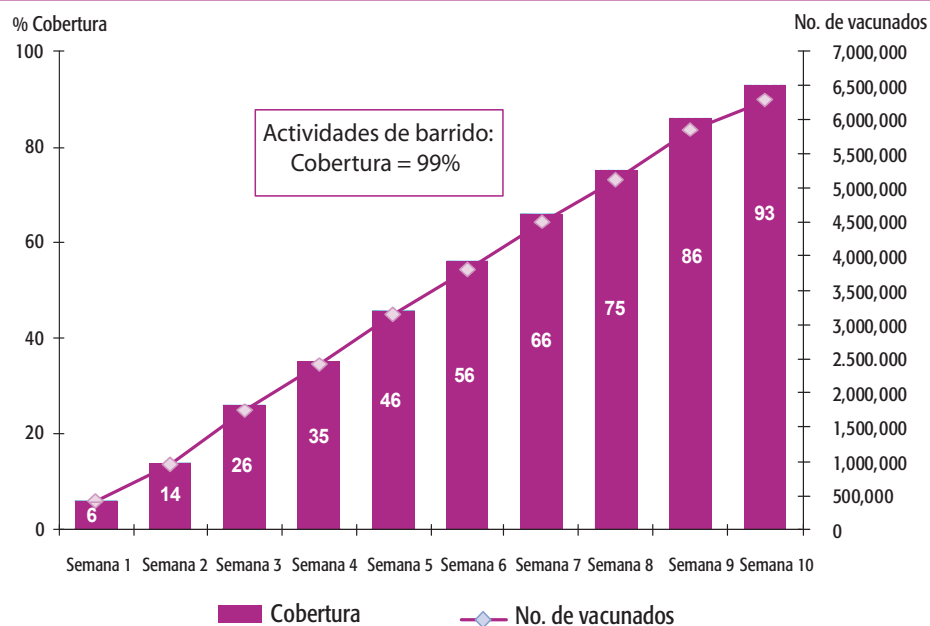
Como agravante de la situación, a finales de septiembre empezó a circular un rumor a través de mensajes de correo electrónico en cadena que afirmaban que la vacuna provocaba esterilidad. Para despejar todas las dudas entre la población, el MS elaboró un documento sobre la calidad y la seguridad de la vacuna. Este documento se difundió ampliamente por todas las provincias y por los medios de comunicación. Las autoridades sanitarias concedieron entrevistas a la radio, la televisión y los periódicos, al tiempo que las sociedades científicas emitían comunicados de carácter técnico.

Con objeto de alcanzar la meta de la campaña, se prolongaron las actividades de vacunación hasta el mes de noviembre. Las estrategias de vacunación se ajustaron con base en la evaluación de las coberturas entre los diferentes grupos de edad.

## Resultados de la campaña

Al final de la campaña, la cobertura nacional en mujeres era de 98,86% (6.718.314 mujeres vacunadas) (figura 1). Todas las provincias sobrepasaron la meta de 95% en cuanto a cobertura excepto

Figura 1. Cobertura por semana, campaña para la eliminación de la rubéola y el SRC, Argentina, 2006



Fuente: Ministerio de Salud, Argentina.

Buenos Aires (89%). La cobertura entre los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 29 años fue superior a 95%. En las ciudades más importantes, la cobertura en el grupo de 30 a 39 años de edad no satisfizo las expectativas y se alcanzó sólo una cobertura de 88% a escala nacional. Durante las actividades de vigilancia, algunas de las razones de las mujeres para no vacunarse eran que se habían vacunado anteriormente, que presentaban resultados de serología positivos, que no deseaban tener más hijos, que estaban ausentes cuando el personal encargado de la vacunación visitó su centro de trabajo o su hogar, o que no tenían tiempo para acudir al centro de salud.

Se vacunaron un total de 1.257.555 hombres, principalmente miembros de colectividades tales como personal de las fuerzas armadas, estudiantes, personal sanitario y empleados de los puestos fronterizos. Las provincias en que se vacunaron una mayor proporción de hombres (más de 50% de la población masculina) fueron Córdoba, Mendoza y Catamarca.

La línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud recibió más de 25.000 llamadas y el personal respondió a 32.273 preguntas durante la campaña. Se respondieron aproximadamente 3.000 mensajes electrónicos y la dirección de correo electrónico sigue funcionando, ya que los servicios sanitarios aún proporcionan la vacunación a demanda. Entre los motivos de consulta surgían los siguientes: dónde vacunarse (55%), vacunación y embarazo (20%), indicaciones y contraindicaciones (15%), y rumores sobre la hormona contenida en la vacuna (10%).

Para comprobar el nivel de cobertura, las autoridades sanitarias están empleando la metodología estándar u sugerida por OPS de Monitoreos Rápidos de Cobertura (MRC) en todos los departamentos del país. El número total de personas a encuestar es de 83.275 en 2256 conglomerados.

## Conclusiones

Son dignas de elogio la difícil tarea del personal sanitario, que demostró su intenso compromiso en la prevención de las enfermedades, y la respuesta de la población a las actividades de vacunación, principalmente por parte de los adolescentes. Gracias a la campaña contra la rubéola, el programa de vacunación a niveles nacional y provincial se ha visto fortalecido en áreas clave, tales como la organización y la microplanificación, las tácticas de vacunación eficaces, la gestión de las crisis en materia de seguridad de la vacuna, el diseño y empleo de los sistemas de información, la supervisión, el seguimiento y la evaluación.

Después de la campaña, se constituyó un equipo técnico nacional con objeto de analizar y aplicar las estrategias necesarias para alcanzar a las personas no vacunadas durante la campaña, en particular a los hombres. Los MRC se usarán como parte de la estrategia para completar la vacunación de los hombres. El fortalecimiento de la vigilancia de la rubéola y del SRC es un componente esencial del plan, ya que permitirá evaluar los resultados y certificar la meta de eliminación de la rubéola y del SRC en Argentina para 2010. ■

**Autores:** Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, Argentina.

## Lecciones aprendidas de las campañas de vacunación antirrubéólica en las Américas

### Lecciones aprendidas en general

- Se requiere la vacunación de hombres y mujeres para lograr la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y al mismo tiempo fortalecer los esfuerzos para mantener la eliminación del sarampión en las Américas.
- La planificación de una campaña de vacunación masiva dirigida a hombres y mujeres de diferentes grupos de edad, que habitualmente no son destinatarios de los programas nacionales de inmunización, requiere planificación, programación y promoción intensivas que deben empezar al menos seis meses antes del lanzamiento de la campaña.
- La etapa de planificación se debe llevar a cabo sistemáticamente para fortalecer la coordinación y el rendimiento de las campañas de vacunación y debe incluir planes para enfrentar cualquier problema que pueda aparecer durante la campaña.
- Para una campaña adecuada, es esencial la coordinación sistemática entre el ministerio de salud y las autoridades sanitarias a todos los niveles, en particular cuando se elaboran los materiales didácticos, se integran los ámbitos de gestión (local, provincial y nacional), se organizan, se programan, se movilizan y se emplean los recursos y se elaboran sistemas de información, seguimiento y evaluación.
- La estrategia de información, educación y comunicación es fundamental para alcanzar la meta de vacunación. Los mensajes se deben adaptar a la audiencia (hombres o mujeres) y al lugar de residencia (zonas rurales o urbanas).
- La movilización social y la participación de los diferentes agentes de los sectores público y privado, a niveles nacional y local, son también primordiales para alcanzar los objetivos.
- La disponibilidad de directrices, metodologías, herramientas y guías de microprogramación es decisiva para facilitar las actividades de organización, ejecución y evaluación. La capacitación de los equipos de vacunación debe garantizar que se cumplan las prácticas de seguridad en materia de inmunización y, como resultado, no se produzcan ESAVI<sup>1</sup> como consecuencia de errores programáticos.
- Los talleres proporcionan una gran experiencia de aprendizaje, pues permiten que los trabajadores pongan al día sus habilidades en cuanto a los componentes principales del programa de inmunización regular, tales como la planificación y microprogramación, la cadena de frío, la seguridad de la vacunación y la gestión en caso de crisis, la movilización y las estrategias de vacunación eficaces, el análisis de datos y la toma de decisiones, el monitoreo, la supervisión y la evaluación.
- Las ceremonias de lanzamiento y la participación activa del presidente de la república, del ministro de salud y de otros dignatarios, y los medios de comunicación, constituyen elementos clave para mantener la campaña como un asunto de interés público a lo largo de su ejecución.
- El monitoreo del progreso, llevado a cabo diariamente en los municipios y semanalmente por parte del ministerio de salud, es necesario para identificar las zonas de baja cobertura.
- Se deben establecer y mantener equipos de supervisión para determinar las situaciones que requieren ajustes o apoyo adicionales con objeto de alcanzar la meta de la campaña.

### Lecciones aprendidas en Honduras

- Las vacunas, las jeringas y los insumos deben llegar al país al menos dos meses antes del comienzo de la campaña. En Honduras fue necesario hacer pedidos de emergencia de jeringas a través del Fondo Rotatorio de la OPS como consecuencia de la falta de suministro por parte de un proveedor internacional.
- Los esfuerzos de respuesta ante brotes de otras enfermedades, no relacionadas con la campaña, se vieron beneficiados por la infraestructura existente y la movilización de la comunidad.
- La ejecución conjunta de las JNV<sup>2</sup> y de la campaña de vacunación SR fue un elemento clave para la optimización de los recursos.
- El empleo sistemático del MRC<sup>3</sup> durante las JNV, las campañas masivas y las actividades programáticas regulares ayudaron a seleccionar las zonas en situación de riesgo de alcanzar tasas de cobertura <95% y permitieron la oportuna ejecución de actividades que facilitarían el logro de las metas de cobertura.

### Lecciones aprendidas en El Salvador

- El apoyo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que presta servicios a 20% de la población, desempeñó un papel decisivo para las iniciativas de movilización social dirigidas a los adultos.
- La campaña de comunicación y movilización social dirigida a los donantes voluntarios de sangre antes del lanzamiento de la campaña evitó la escasez de sangre.

### Lecciones aprendidas en Argentina

- La capacitación y la colaboración conjuntas entre todos los sectores, desde el inicio de la organización de la campaña, permitieron una respuesta eficaz a cierto rumor sobre la composición y calidad de la vacuna. El acceso permanente a la información por medio de números de teléfono gratuitos, páginas web y correo electrónico fue de gran utilidad para despejar las dudas. Como consecuencia, el rumor tuvo una repercusión mínima sobre los resultados en cuanto a cobertura y se fortaleció la confianza de la población en el programa de vacunación regular.
- El llevar a cabo el análisis semanal de la cobertura en la oficina del Ministerio de Salud fue útil para fortalecer las estrategias.
- El empleo experimental de un sistema de información en línea durante la campaña contribuyó de manera inestimable al programa de inmunización regular. Este sistema ayudará a acelerar la puesta en práctica del programa y permitirá el registro de la cobertura de todas las vacunas del esquema por lugar de residencia.
- Los MRC ejecutados de manera coordinada en cada una de las provincias hasta el nivel local, con la cooperación del Ministerio de Salud, resultó ser una valiosa herramienta de supervisión y evaluación.
- La diversidad y eficiencia de las tácticas empleadas en cada provincia para movilizar e inmunizar a la población contribuyó de manera útil a las estrategias de inmunización dirigidas a adolescentes y adultos.

## Fases de la campaña de vacunación para la eliminación de la rubéola y del SRC en las Américas

La mayoría de los países de las Américas que han implementado campañas de eliminación de la rubéola han llevado a cabo sus actividades siguiendo los pasos descritos en la figura 1:

1. dirigiéndose a la población cautiva en centros de trabajo, escuelas y centros de reclusión (cárceles, cuarteles de las fuerzas armadas); ello además de los puestos de vacunación ubicados en las zonas de tránsito intenso o en los lugares donde las personas se congregan, y de los centros de salud en que se proporciona sistemáticamente la vacunación;
2. añadiendo la vacunación casa a casa a las actividades regulares;
3. realizando monitoreos rápidos de cobertura (MRC) hacia el final de la campaña con objeto de que ningún grupo de población o zona remota quede sin vacunar;
4. ofreciendo la vacuna SR (sarampión-rubéola) después del parto, ya que la vacuna no se administra a mujeres embarazadas para evitar que se le atribuya a la vacuna cualquier posible resultado adverso del embarazo;
5. llevando a cabo una comprobación de coberturas independiente y reconociendo a cada municipio que ha logrado la meta.

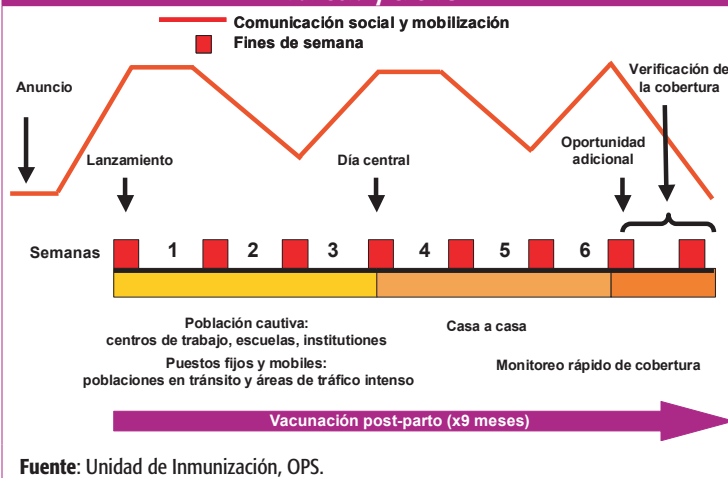
Además de las fases anteriores, algunos países han introducido un "día central", a mediados de la campaña, para de brindar otra oportunidad a los que todavía no han acudido a vacunarse. Este día sirve como un relanzamiento de la campaña con apoyo de los medios de comunicación masivos, el Presidente

de la República y otros dignatarios para reforzar los mensajes a la comunidad. Una actividad similar se puede realizar hacia el final de la campaña.

Según se muestra en la figura, en las campañas de vacunación contra SR para la eliminación de la rubéola, a diferencia de las campañas de vacunación dirigidas a niños, se hace hincapié en la vacunación durante los fines de semana, cuando los adolescentes y adultos son más fáciles de encontrar.

La comunicación y la movilización social se adaptan a cada etapa de manera que los mensajes se dirijan a las poblaciones con mayor probabilidad de ser captadas durante cada fase. ■

**Figura 1. Fases de la campaña de vacunación para la eliminación de la rubéola y el SRC**



El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización 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.

ISSN 1814-6252

Volumen XXIX, Número 3 • Junio de 2007

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro

Editores invitados: Carlos Castillo Solórzano y Christina Marsigli



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

**Unidad de Inmunización**

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/inmunización>