

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXX, NÚMERO 4 ► AGOSTO DE 2008

- 1 Prevención y control integrados del cáncer cervicouterino
- 1 Leyes sobre vacunas en las Américas
- 3 Reunión de la OMS sobre el LabNet del VPH
- 4 Participación comunitaria en las Jornadas de Vacunación en Nicaragua
- 7 Casos notificados de enfermedades seleccionadas, 2006-2007
- 8 La Declaración de la ciudad de México sobre cáncer cervicouterino

Hacia la prevención y el control integrados del cáncer cervicouterino: Declaración de la ciudad de México

Antecedentes

Como parte de la iniciativa sobre las nuevas vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) del Programa de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han organizado una serie de reuniones regionales en todo el mundo, con el propósito de consultar a los interesados directos acerca de los aspectos relacionados con la introducción de las vacunas y el fortalecimiento de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. Se prevé que las contribuciones de estas reuniones regionales ayudarán a la OMS en la precalificación de la vacuna contra el VPH y orientarán la planificación de su asistencia técnica a los Estados Miembros para el fortalecimiento de los programas contra el cáncer cervicouterino.

La OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Sabin Vaccine Institute y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos organizaron la reunión de las partes interesadas de la Región de las Américas y la convocaron en la ciudad de México del 12 al 14 de mayo del 2008. La reunión, denominada *Hacia la prevención y el control integrados del cáncer cervicouterino*, fue una oportunidad única de reunir a diversos interesados directos. Concurrieron más de 160 participantes de 24 países, representando a los programas de inmunización, salud de los adolescentes, salud sexual y reproductiva y cáncer de los ministerios de salud. También estuvieron presentes representantes de la industria farmacéutica, la comunidad académica, organizaciones no gubernamentales e instituciones colaboradoras (PATH/Programa de Tecnología Apropiada para la Salud, UICC/ Unión Internacional contra el Cáncer y IAVI/Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el Sida).

Los objetivos de la reunión fueron abordar los datos científicos actuales en materia de vacunas contra el VPH y de tamizaje del cáncer cervicouterino; examinar el estado de los programas de prevención del cáncer cervicouterino

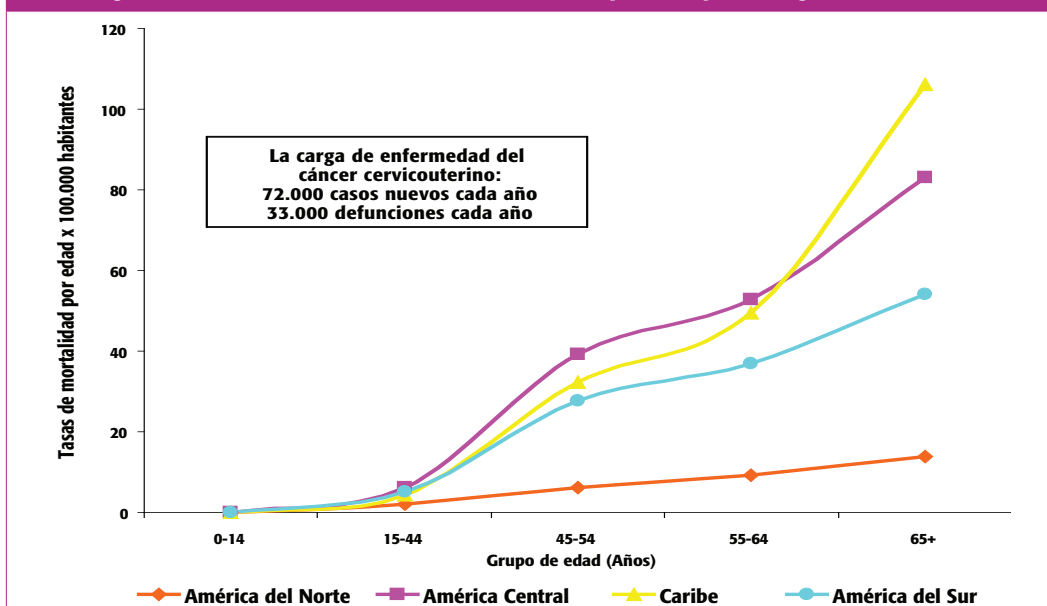
Análisis de las leyes sobre vacunas en las Américas: logrando la equidad y el acceso para todos

Si bien los países de América Latina y el Caribe presentan altas tasas de coberturas de vacunación, el ritmo de ampliación de la cobertura se ha desacelerado en los últimos años y existen problemas en materia de la equidad del acceso y la sostenibilidad de los programas de inmunización en la Región a largo plazo.

En América Latina y el Caribe es tradicional el uso de la legislación sobre vacunas a fin de procurar la sostenibilidad de los programas de inmunización. En un análisis anterior de estas leyes en la Región, se encontró una amplia variabilidad de los tipos de leyes y de su eficacia. Dado que uno de los principales obstáculos con que tropieza la ampliación de la cobertura se relaciona con el financiamiento y la adquisición de vacunas, el Proyecto de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dedicado a mejorar las coberturas de vacunación en la Región, concede un interés particular a que las leyes sobre vacunas apliquen las mejores prácticas.

En el presente estudio se evalúan las siguientes leyes de adquisición de vacunas: las leyes que establecen una exención tributaria a la importación, las leyes que crean fondos destinados a la salud o a las vacunas y las leyes que instituyen el compromiso legal de adquirir las vacunas por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS. El objetivo del trabajo fue determinar las características de estas leyes que se asocian con resultados sanitarios, como el mejoramiento de las tasas de cobertura

Figura 1. Cáncer cervicouterino: Tasas de mortalidad por edad por subregión, las Américas



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2004.

LEYES cont. página 1

de vacunación y la equidad y la gestión eficaz de los recursos. Otras consideraciones de la evaluación fueron las necesidades e inquietudes de diversos interesados directos, como los productores de vacunas multinacionales y nacionales y los Estados Miembros de la OPS, en materia de promulgación de las leyes propuestas.

Cuando se analizó cada una de las leyes con base en estos criterios, resultó evidente que, con el compromiso legal de adquirir vacunas mediante el Fondo Rotatorio, se obtuvieron resultados tendientes a ampliar la cobertura de vacunación y otras

ventajas sanitarias. La promulgación de leyes que reglamentaban así la adquisición de vacunas y de leyes que establecían una exención tributaria a las vacunas importadas significaron progresos en la cobertura de vacunación y eficacia en la gestión de los recursos, todo ello con una considerable reducción de costos.

Con el transcurso del tiempo, el compromiso legal de adquisición de las vacunas por conducto del Fondo Rotatorio puede llevar a una cobertura de vacunación más equitativa. Tales leyes son políticamente factibles y ofrecen una vía rentable a la ampliación del acceso y a la sostenibilidad de los pro-

gramas de inmunización. La OPS seguirá trabajando en la elaboración de una legislación modelo que garantice mejor la sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización, con miras a lograr una cobertura más amplia, una mayor eficacia del programa y la introducción de las nuevas vacunas. ■

Nota de la redacción: Los redactores agradecen a Erin Estes, doctoranda de la Facultad de Derecho y de la Facultad de Salud Pública y Servicios de Salud de la Universidad George Washington, su excelente trabajo para este proyecto.

en las Américas; y formular recomendaciones tendientes a fortalecer los programas de prevención y control de este tipo de cáncer.

Resumen de los temas tratados

La reunión consistió en una serie de sesiones plenarios durante dos días, seguida de un día de actividades en grupos de trabajo, dirigidas en exclusividad a los participantes de los ministerios de salud, con el propósito de abordar las recomendaciones para cada país. El siguiente es un resumen de los temas presentados y tratados:

1. Características epidemiológicas y carga de enfermedad por cáncer cervicouterino:

- En las Américas, ocurren cerca de 72.000 casos nuevos y 33.000 muertes por cáncer cervicouterino cada año. Es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en la mayoría de los países de la Región (figura 1).
- El cáncer cervicouterino es una enfermedad que afecta a las mujeres en la flor de la vida y se calcula que en América Latina y el Caribe es causa de 2,5 millones de años de vida perdidos.
- La prevalencia global de la infección por el VPH en las Américas es de 15,6%; 11% en Estados Unidos y Canadá y 20% en América Latina y el Caribe.
- Los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano representan 70% de los tipos existentes y se observa muy poca variación entre los países.
- En el 2020 se prevé un aumento significativo de la incidencia de cáncer cervicouterino: un aumento de 74% en Centroamérica, de 55% en América del Sur y de 36% en el Caribe.

2. Prevención y tamizaje del cáncer cervicouterino:

- Dado que la infección por el VPH se contrae durante la adolescencia, la prevención de esta infección en los adolescentes constituye una parte integrante de los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino.
- Las estrategias de prevención primaria consisten en la promoción de comportamientos sexuales saludable, la iniciación sexual tardía, la reducción del número de compañeros sexuales y el uso de condones.
- Un programa eficaz de tamizaje del cáncer cervicouterino requiere una gran cobertura de las

mujeres vulnerables, el tratamiento de todas las mujeres con resultados anormales en el tamizaje y pruebas diagnósticas de alta calidad. En América Latina y el Caribe, los programas han tenido muy poca o ninguna repercusión en las tasas de mortalidad, debido a las dificultades para cumplir con estos tres criterios.

- La realización de la prueba de Papanicolaou se ha encontrado con obstáculos considerables en América Latina y el Caribe relacionados con sus necesidades de infraestructura, el número limitado de auxiliares de laboratorio de citología y las condiciones de la garantía de la calidad.
- En la actualidad se cuenta con opciones de detección diferentes de la prueba de Papanicolaou, a saber, la inspección visual con ácido acético y la prueba de ADN del VPH (captación de híbridos II).
- Una prueba rápida y de bajo costo de detección del VPH denominada CareHPV se encuentra en etapa de desarrollo y se prevé su comercialización en el 2009. Esta prueba ofrece una extraordinaria posibilidad de mejorar la calidad y la eficacia de los programas de tamizaje y puede constituir una opción asequible a la actual prueba, cuyo costo es más alto.

3. Inmunización y vacunas contra el VPH:

- Mediante la iniciativa ProVac, la OPS ofrece asistencia técnica a varios países en la toma de decisiones basada en evidencia sobre la introducción de las nuevas vacunas (contra el rotavirus, el VPH, el neumococo).
- El mayor reto estriba en el alto precio de la vacuna; es preciso reducir el precio a fin alcanzar su sostenibilidad y reducir así el retraso en la introducción de las vacunas contra el VPH en los países en desarrollo.
- Las vacunas que se encuentran a disposición son *Gardasil*, una vacuna tetravalente que contiene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, y *Cervarix*, una vacuna bivalente que contiene los tipos 16 y 18.
- Ambas vacunas ofrecen una eficacia cercana a 100% en la prevención de la infección por el VPH y de las lesiones precancerosas causadas por los genotipos 16 y 18. Se ha demostrado con ambas vacunas una protección como mínimo de cinco años (últimos datos publicados) y cierta protección cruzada contra otros tipos oncogénos del VPH.

4. Costo-efectividad del tamizaje y la vacunación:

- Ciertos modelos matemáticos de evaluación del costo-efectividad han revelado que la vacunación contra el VPH en preadolescentes, sumada al tamizaje de las mujeres, es más costo-efectivo que cualquiera de estas estrategias aplicada en forma aislada.
- Estos modelos también han indicado que, para ser costo-efectivo, el precio de la vacuna debe ser inferior a \$19,50 dólares y que una vacuna de \$5 dólares ahorraría costos.

5. Experiencias de los países con los métodos opcionales de tamizaje y las vacunas contra el VPH:

- Los representantes de Colombia y Perú presentaron formalmente los resultados de sus experiencias con la ejecución de la inspección visual con ácido acético y la prueba del VPH en sus programas. En Colombia, se revisarán las normas nacionales a fin de incluir el uso de estos nuevos métodos. En el Perú, se está aumentando el recurso a la inspección visual con ácido acético en zonas con difícil acceso a los servicios de salud. Los representantes de Costa Rica, Guatemala y Nicaragua también compartieron sus experiencias con la incorporación de los nuevos métodos de tamizaje a sus programas.
- México dio a conocer sus planes de introducción de la vacuna contra el VPH en los 125 municipios más pobres a partir de septiembre del 2008 y describió sus experiencias con la evaluación de la prueba de detección de ADN del virus. Se está adoptando una política nacional de control integral del cáncer cervicouterino que consiste en incorporar esta iniciativa en forma horizontal a los programas de salud de los adolescentes, de la salud sexual y reproductiva y a los programas de inmunización. La política incluirá la vacunación de las niñas de 12 a 16 años de edad en las escuelas y las comunidades, el tamizaje con la prueba de Papanicolaou en las mujeres de 24 a 34 años de edad y el tamizaje con la prueba del VPH en las mujeres mayores de 35 años.
- En el Canadá, un grupo asesor multidisciplinario de expertos evaluó la introducción de la vacuna contra el VPH y el país adoptó una política de introducción de la misma en su programa escolar. Su meta es vacunar una cohorte de niñas entre el cuarto y el octavo grados. El gobierno federal

canadiense aprobó un aporte de \$300 millones de dólares durante un período de tres años a las provincias, con el propósito de introducir la vacuna contra el VPH. Hasta la fecha, ocho provincias han iniciado el tamizaje con una cobertura entre el 50 y el 80%.

- Los Estados Unidos autorizaron hace dos años la vacuna *Gardasil* y, con base en una recomendación del Comité Consultivo en Prácticas de Inmunización, se ha incorporado la vacuna contra el VPH en la vacunación regular de las jóvenes de 11 y 12 años, con una vacunación de puesta al día en las mujeres de 13 a 26 años de edad. Todos los estados comenzaron a adquirir la vacuna y el financiamiento se ha obtenido por conducto del Programa de Vacunación Infantil. Hasta la fecha, se han distribuido 15,7 millones de dosis y la vacuna se administra en los servicios de atención primaria de salud. La aceptación de la vacuna por los padres y las niñas ha sido muy positiva. Los principales obstáculos radican en la administración de la vacuna, pues en los Estados Unidos no existe ningún programa establecido de inmunización en las escuelas.

- En el Caribe, la vacunación contra el VPH es de capital importancia y se usará como catalizador a fin de mejorar el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino. Una reunión de interesados directos se celebró en el 2007 con el propósito de analizar las dificultades y los retos que plantea la introducción de esta vacuna. La recomendación de la reunión fue que la vacuna se debe incorporar al Programa Ampliado de Inmunización a escala nacional, a condición de que los gobiernos respondan a una serie de criterios técnicos, financieros y operativos de sostenibilidad.

Conclusiones

Los representantes de los países que asistieron a la reunión adoptaron una declaración sobre el fortalecimiento de la prevención y el control integrados del cáncer cervicouterino en las Américas (véase la página 8). En la declaración se hace un llamado a la acción con el fin de mejorar la calidad y la cobertura de los programas de tamizaje, apoyar al Fondo Rotatorio de la OPS en la negociación de precios asequibles para las vacunas y facilitar la introducción, tan pronto como sea posible, de la vacuna

contra el VPH en los programas nacionales de inmunización.

Los países tuvieron la oportunidad de examinar los siguientes temas: los obstáculos con que se enfrentan sus programas contra el cáncer cervicouterino; su voluntad y necesidades para introducir los nuevos métodos de tamizaje y la vacuna contra el VPH; la forma como el fortalecimiento de los programas contra el cáncer cervicouterino puede reforzar los programas de salud de los adolescentes y de salud sexual y reproductiva; y los mecanismos de apoyo de la OPS/OMS a los Estados Miembros.

Todos los países afirmaron que introducirían la vacuna contra el VPH en sus programas, siempre y cuando el precio fuera asequible, contarán con un financiamiento que procure su sostenibilidad y se satisficieran todos los criterios para la introducción de nuevas vacunas. Además, casi todos los países indicaron que si bien continuarían utilizando la prueba de Papanicolaou, estaban dispuestos a introducir los nuevos métodos de tamizaje, en particular en los entornos donde la eficacia real de esta prueba ha sido limitada. ■

Reunión sobre el virus del papiloma humano en la ciudad de México: Resumen de las necesidades de apoyo dirigidas por los Estados Miembros a la OPS/OMS

- **Promoción de la causa** con el fin de acrecentar el apoyo político al fortalecimiento de los programas de prevención y control integrados del cáncer cervicouterino y de obtener precios asequibles para las vacunas.
- **Colaboración técnica**, sobre todo en relación con las normas y directrices, los planes de acción, el fortalecimiento de los laboratorios, los sistemas de información y los indicadores de evaluación y la integración del cáncer cervicouterino en los programas vigentes de salud de los adolescentes y de salud sexual y reproductiva.
- **Investigación operativa** en materia de introducción de las vacunas contra el VPH (por ejemplo, estudios de aceptabilidad, evaluaciones de costo-efectividad, etcétera) y de los nuevos métodos de tamizaje (por ejemplo, proyectos de demostración sobre la detección por inspección visual con ácido acético).
- **Estrategia y materiales de educación, información y comunicación** dirigidas al público y a los profesionales de salud y cuyo objetivo es favorecer la toma de conciencia y abordar algunas de las barreras sociales, culturales y científicas con respecto al cáncer cervicouterino, las vacunas contra el VPH y los nuevos métodos de tamizaje.
- **Capacitación y creación de capacidad** en materia de gestión de programas contra el cáncer cervicouterino y de aspectos técnicos como los procedimientos de tamizaje y los métodos de laboratorio.
- **Intercambio de información** mediante el establecimiento de una comunidad virtual de expertos, la distribución de boletines informativos, las publicaciones y el intercambio entre los países de las mejores prácticas y las lecciones aprendidas.
- **Negociación con los fabricantes de vacunas** en busca de un precio asequible y una presentación y envasado de las vacunas que sean apropiados para cada país.
- **Adquisición de la vacuna contra el VPH** por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS.
- **Formación de una red de laboratorios para la prevención de la infección por el VPH y del cáncer cervicouterino.**

Reunión de la OMS sobre la normalización de las pruebas de detección del VPH y la función del LabNet del VPH en respaldo a la introducción de vacunas

La red mundial de laboratorios (LabNet) del virus del papiloma humano (VPH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estableció en el 2006, en previsión de la introducción de las nuevas vacunas contra el VPH. Su misión consiste en contribuir a mejorar la calidad de los servicios de laboratorio, en aras de una vigilancia y un seguimiento eficaces del impacto de la vacunación contra el VPH, mediante un apoyo de laboratorio mejorado y de vanguardia. Hasta la fecha, se han incorporado dos laboratorios mundiales de refe-

rencia y siete laboratorios regionales de referencia al LabNet de la OMS.

Entre el 23 y el 25 de enero del 2008, la OMS convocó una reunión en Ginebra, con el fin de examinar las actividades del LabNet del VPH en su primer año y establecer planes para las exigencias futuras de los programas de inmunización. En la reunión, se hizo especial hincapié en la armonización de las prácticas de laboratorio y la normalización de las pruebas del VPH.

Los objetivos específicos de la reunión fueron examinar las actividades del LabNet durante el último año; abordar los aspectos fundamentales y las lagunas dentro del LabNet; promover la comunicación entre sus miembros y con las regiones de la OMS; y ayudar a elaborar el plan de trabajo del LabNet del VPH de la OMS con el fin de lograr eficiencia en el funcionamiento y eficacia en el establecimiento de prioridades en sus actividades. Asimismo, se analizaron los siguientes aspectos primordiales:

- La presentación de los programas estratégicos de la OMS de respaldo a la introducción de vacunas contra el VPH.
- El análisis del estado actual de la estandarización de la prueba del VPH y de las experiencias de la industria en materia de métodos de laboratorio

destinados a la evaluación clínica de las vacunas contra el VPH.

- El examen de los progresos en la elaboración de las normas internacionales y la detección de posibles necesidades de normas y reactivos de referencia complementarios.
- El planteamiento de métodos que aumenten la capacidad de acción del LabNet mundial del VPH de la OMS.
- La obtención de los puntos de vista de las Regiones de la OMS y de otras organizaciones acerca del papel y la función del LabNet en el respaldo a la introducción de las vacunas contra el VPH.
- El análisis de una versión preliminar del manual mundial de laboratorio sobre el VPH.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó las perspectivas y las necesidades de la Región de las Américas, donde el cáncer cervicouterino continúa siendo un importante problema de salud pública, pese a la aplicación, durante un

largo período, del tamizaje mediante el frotis de Papanicolaou en la mayoría de los Estados Miembros. En algunos países de las Américas es preciso introducir estrategias de vigilancia centinela de prevalencia de la infección por el VPH en las mujeres con el fin de: 1) calcular la incidencia y la prevalencia de las infecciones por los distintos tipos de virus del VPH según la ubicación geográfica antes de la vacunación y después de ella; 2) recibir el apoyo del LabNet mundial del VPH de la OMS, en forma de procedimientos normalizados y orientación sobre el control de calidad; 3) recoger datos de referencia a fin de evaluar la prevalencia de la infección por el VPH antes de introducir la vacuna y recopilar datos sobre el terreno, destinados a la introducción de la misma y a informar a los encargados de tomar decisiones sobre las actividades de prevención del cáncer; 4) supervisar la repercusión y la eficacia de la introducción de vacunas contra el VPH; y 5) aportar datos probatorios a fin de deter-

minar si están indicados los cambios de políticas.

En las Américas, se designó como laboratorio mundial de referencia a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Se prevé la asignación de dos laboratorios regionales de la OPS y de seis a ocho laboratorios nacionales. La OPS facilitará las actividades de la red de laboratorios verificando la calidad de los datos; colaborando con los laboratorios en su homologación; respaldando las reuniones, la capacitación y los cursos; promoviendo la investigación y la validación de las pruebas; y localizando y preparando las propuestas de financiamiento con el fin de movilizar los recursos económicos de apoyo a los planes nacionales y regionales. ■

Nota: Con el fin de conseguir mayor información sobre el LabNet mundial del VPH de la OMS u obtener una copia del documento completo, sírvase consultar: http://www.who.int/biologicals/areas/human_papillomavirus/WHO_HPVLabNet/en/index.html.

Principales áreas de trabajo de la red de laboratorios del VPH

La red de laboratorios del VPH velará por la existencia de servicios de laboratorio competentes a escala mundial. Su estructura se basará en tres niveles de responsabilidad que serán asumidos voluntariamente por las instituciones incluidas en la red, a saber: laboratorios mundiales de referencia; laboratorios regionales y subregionales; y laboratorios nacionales y locales. En un principio, se establecerá como mínimo un laboratorio regional en cada continente o Región de la OMS. Se prevé que cada laboratorio despliegue actividades en cuatro sectores, a saber:

- **El asesoramiento científico y técnico:** La prestación de asesoramiento científico a la red de laboratorios del VPH en su región, en materia de vigilancia virológica y serológica de las infecciones por el VPH; la colaboración con las instituciones locales y regionales de salud pública y de investigación y con la OMS y otros organismos internacionales en la supervisión de la vacunación contra el VPH; y la difusión de los conocimientos sobre los reactivos corrientes internacionales y sobre su utilización, a fin de mejorar la exactitud de la genotipificación y las mediciones serológicas y la información derivada.

- **La garantía de la calidad:** La participación en la formulación de las directrices y los procedimientos operativos normalizados con el fin de establecer un programa de control de la calidad con base en el laboratorio regional; el desempeño como centro de almacenamiento y distribución de los reactivos normalizados, las baterías de pruebas de competencia y las líneas celulares a los demás laboratorios, según sea necesario; la verificación que todas las pruebas del VPH se practican con niveles aceptables de sensibilidad, especificidad y reproducibilidad. El laboratorio de referencia correspondiente de la OMS debe validar los principales reactivos de las pruebas, antes de utilizarlos en los estudios de la OMS; participar en las visitas sobre el terreno en otros países o provincias, como parte de la evaluación de la OMS, cuando se solicite; y realizar pruebas confirmatorias en las muestras de otros laboratorios de la zona del proyecto, cuando sea necesario.
- **La capacitación:** La contribución a la preparación de los materiales didácticos destinados a la investigación y a la vigilancia de laboratorio del VPH dentro de su respectiva región; la coordinación y participación en talleres de capacitación

para el laboratorio de la OMS, según esta lo exija, y que se dirigen al personal de la red de laboratorios; velar por la asignación de personal con suficiente capacitación y calificación a fin de llevar a cabo las tareas relacionadas con la detección y las pruebas serológicas del VPH; e impartir capacitación sobre la recogida adecuada de las muestras clínicas destinadas a la tipificación.

- **La comunicación:** La promoción y participación en el intercambio de información entre los laboratorios nacionales, regionales y de referencia y la red de laboratorios del VPH; la recaudación de fondos, en conjunto con el punto focal de laboratorio de la OMS para actividades específicas relacionadas con la red; y el suministro de información a la OMS, dentro de plazos determinados, en materia de actividades de laboratorio y una recopilación anual de la vigilancia virológica y serológica.

Referencia: WHO technical workshop on the role of the laboratory detection of human papillomavirus in global disease prevention and control. WHO/IVB/06.04. Organización Mundial de la Salud. Se puede consultar en http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_IVB_06.04_eng.pdf.

Nicaragua: las jornadas nacionales de vacunación y la participación comunitaria

El Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua ha dado prioridad durante un largo período a la participación comunitaria en todas las actividades de vacunación. En forma reiterada, se han reunido con gran entusiasmo líderes de la comunidad, brigadas, voluntarios, parteras y jóvenes en actividades múltiples de educación, prevención y movi-

lización, como las campañas nacionales de salud.

Las jornadas nacionales de salud son actividades promovidas y organizadas por el MINSa y el Consejo Nacional de Salud (en representación de las organizaciones comunitarias) sobre temas de educación y prevención temprana. La meta de las actividades es mejorar la salud de todos los ciu-

dadanos. Con el transcurso de los años, el Ministerio de Salud ha lanzado campañas de higiene y saneamiento con el fin de mejorar las condiciones del ambiente en las ciudades y las zonas rurales; reducir la presencia del mosquito que transmite la fiebre amarilla, una amenaza considerable de salud pública; prevenir los brotes de dengue, leptospirosis, enfermedades diarreicas y malaria; y promover las jornadas nacionales de vacunación, que son las campañas que gozan de mayor visibilidad.

Las jornadas de vacunación

En 1980, poco después de haber creado el sistema nacional de salud, el gobierno nicaragüense decidió realizar jornadas nacionales de salud cada año. Los niveles de analfabetismo en la población eran altos y los servicios de salud en las comunidades rurales eran prácticamente inexistentes. Las autoridades sanitarias nacionales construyeron numerosos centros de salud y asignaron médicos y personal de enfermería a las comunidades que nunca habían recibido servicios sanitarios. Se aumentaron en forma considerable los programas preventivos y curativos, con la ejecución de tres jornadas nacionales de vacunación por año durante el estiaje (primera mitad del año), generalmente en febrero, marzo, abril y mayo. En las campañas se vacunaron niños menores de 5 años de edad con la vacuna antipoliomielítica oral, la vacuna triple viral (DTP) y la vacuna antisarampionosa. Como consecuencia, en 1981 se eliminó la poliomielitis y se redujeron en forma radical la difteria, la tos ferina y el tétanos.

En 1992, las autoridades sanitarias dispusieron reducir el número de campañas nacionales de salud a dos por año. Para ese entonces, los niveles de cobertura de vacunación eran muy superiores a los de 1980 (la cobertura notificada con el DTP3 fue 15% en 1980, pero subió a 74% en 1992) y había

mejorado en forma considerable la educación sanitaria en la población. De conformidad con el nuevo modelo integral de atención de salud adoptada por Nicaragua en ese momento, las autoridades sanitarias buscaron consolidar la vacunación regular. Por consiguiente, el MINSA decidió realizar sólo dos campañas por año y analizar el comportamiento de los padres, quienes debían acudir con sus hijos a los puestos de vacunación.

En el 2003, las autoridades sanitarias decidieron realizar una sola jornada nacional de salud por año. Su intención original era eliminar las jornadas por razones económicas, ya que las partidas ahorradas se podrían derivar a otras actividades. Sin embargo, tras reuniones consultivas con los directores de salud de los sistemas locales de atención integral (SILAIS), sobre todo en las regiones del Centro y del Atlántico, se demostró que sin las campañas nacionales de salud era imposible lograr una cobertura superior al 80 y 60%, respectivamente. Desde el punto de vista práctico, estas jornadas representan un complemento crucial al programa de inmunización regular y permiten alcanzar una cobertura alta y universal (véase el recuadro).

Desde el 2003, la Organización Panamericana de la Salud ha promovido la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), celebrada durante el mes de abril en toda América incluida Nicaragua. La iniciativa entraña una gran importancia política y técnica y sirve de catalizador a la promoción de las actividades de vacunación y a la educación de las poblaciones en materia de salud en la Región de las Américas.

En la actualidad, las campañas nacionales de salud brindan a todos los niños una oferta de vacunación que incluye la vacuna antipoliomielítica oral, la vacuna pentavalente, la vacuna triple vírica, la DT, la TT y las vacunas antirrotavíricas. Desde 1994, se suministran además suplementos de vitamina A, antiparasitarios, sales de rehidratación oral, sales de hierro y se realizan actividades educativas.

La participación comunitaria

Desde 1980, el gobierno nicaragüense ha estimulado decididamente la participación comunitaria en las campañas nacionales de salud, con la finalidad de promover la educación sanitaria. La población ha respondido con gran entusiasmo y ha demostrado un compromiso extraordinario en las zonas urbanas y rurales por igual, incluidas en su momento las zonas de conflicto armado. El Consejo Nacional Popular de Salud, los consejos regionales de salud, las organizaciones y los centros sanitarios municipales fueron organizaciones primordiales que consiguieron la participación de miles de jóvenes, estudiantes, profesores, líderes de la comunidad y personal sanitario en la lucha por lograr una mejor salud para todos, especialmente los niños y las mujeres.

Las brigadas de salud han representado un medio determinante en la realización de las actividades de vacunación. Están constituidas en su mayoría por mujeres de todas las edades. Ser miembro de la brigada de salud se ha convertido en una tradición que se transmite con mucho orgullo de los padres a los hijos. Las personas se sienten motivadas para



Foto 1 y 2. Cortesía del Dr. Juan José Amador.

pertenecer a una brigada de salud, pues saben que sus comunidades obtendrán los beneficios. En los últimos años, 50.000 miembros (es decir, 1% de la población nacional) han participado en las actividades de las brigadas. Todos son voluntarios y no reciben ninguna compensación económica por sus servicios: son héroes anónimos que trabajan por el bienestar del país.

La participación cívica en las jornadas nacionales de vacunación es esencial: durante un fin de semana, se organizan cerca de 10.000 puestos de vacunación en todo el territorio nacional (fotos 1 y 2). Cada puesto cuenta con un representante del Ministerio de Salud y al menos cinco miembros de la brigada de la comunidad. El puesto de vacunación suele ser el domicilio de un miembro de la comunidad o de un líder de salud, un centro comunitario o una escuela. Los profesionales de salud, en su mayoría personal de enfermería, traen las vacunas a los puestos de vacunación en neveras portátiles. Se suministran las dosis de vacuna correspondientes a la cantidad de niños de la zona de influencia del puesto, con todos los materiales necesarios para la vacunación, en especial las jeringas desechables.

Un miembro de la brigada tiene a su cargo los datos del censo y los formularios de vacunación. El profesional sanitario aplica las vacunas, teniendo en cuenta la edad del niño y su registro de vacunación. Se administran además vitamina A y un antihelmíntico oral a los niños de 6 meses de edad, de 2 años o mayores. Los demás trabajadores de la brigada consignan todas las vacunas administradas en la tarjeta de vacunación (foto 3). También sensibilizan a las personas en los vecindarios, or-

ganizando diferentes actividades como juegos para los niños y aportan una atmósfera colorida y festiva. El sector privado y otras instituciones gubernamentales prestan apoyo proporcionando los vehículos y la gasolina para el transporte del personal sanitario en todo el país.

Al final del día, el sábado y el domingo, se prepara un informe sobre los niños vacunados, de manera que el lunes, el MINSA pueda anunciar a la comunidad nicaragüense los resultados. En general se cumplen las metas, con más de 90% de los niños que acuden a los puestos de vacunación de las jornadas nacionales de salud. La vacuna antipoliomielítica oral se administra a todos los niños, sin considerar el número de dosis recibido previamente. Las demás vacunas se administran de acuerdo con las necesidades individuales, según lo indique la tarjeta de vacunación del niño. En Nicaragua, cerca de 35% de las dosis de vacuna aplicadas en un año se administra durante las campañas y el 65% restante se aplica durante las actividades rutinarias de vacunación.

Conclusiones

La promoción de la participación comunitaria en las actividades de salud es un logro importante



Foto 3. Cortesía del Dr. Juan José Amador.

del sistema de salud nicaragüense. Un total de 25.000 profesionales sanitarios, especialmente trabajadores de atención primaria que promueven la participación comunitaria, interactúa diariamente con la población. Esta interacción de muchos años entre el personal sanitario y los miembros de la brigada de salud ha generado un modelo valioso de trabajo comunitario, en favor de la salud de todos los nicaragüenses, pero especialmente del recurso máspreciado del país que son sus niños. ■

Contribución del doctor Juan José Amador, ex Director General de Salud (entre 1991 y 2007), Ministerio de Salud de Nicaragua, y actual director de los Sistemas de Salud y Tecnología del Programa de Tecnología Apropriadada para la Salud en Nicaragua.

La transición de la vacunación extramuros a la vacunación en puestos fijos en Nicaragua

Desde 1980, el Ministerio de Salud ha organizado y realizado 65 jornadas nacionales de vacunación, conocidas también como jornadas nacionales de salud. Con base en la información y los datos reunidos con el transcurso del tiempo, las autoridades sanitarias nicaragüenses han creado estrategias apropiadas para realizar estas actividades colectivas. Sin embargo, las actividades de extensión durante las jornadas nacionales de salud compiten por supuesto con la vacunación en puestos fijos.

Las campañas de vacunación ofrecen muchas ventajas:

- La aplicación colectiva de una vacuna durante un período corto es una táctica conocida de interrupción de la transmisión de un agente patógeno determinado.
- La publicidad sobre las actividades de la campaña en los medios de comunicación favorece

en último término la promoción de la vacunación en general.

- Las actividades educativas de los miembros de las brigadas (talleres de capacitación, reuniones de coordinación) mejoran también la educación sanitaria en la población general.
- Las campañas fomentan una interacción positiva entre el personal sanitario y la comunidad.
- Las campañas permiten recuperar a los niños con esquemas de vacunación incompletos.
- Las campañas ofrecen un medio de llegar a las zonas de difícil acceso, que no cuentan con personal sanitario permanente.

Aún así, las jornadas presentan dos inconvenientes importantes. En primer lugar, como el personal de salud se dedica casi exclusivamente a la campaña (que dura cerca de 4 semanas), la prestación de otros servicios de atención sanitaria puede resultar afectada durante este período. Por consiguiente, es preciso encontrar un equilibrio de manera que las

jornadas nacionales de vacunación no alteren la productividad de la vacunación sistemática, en un momento cuando las autoridades sanitarias procuran fortalecer su programa de inmunización regular. En segundo lugar, las campañas requieren fondos presupuestarios adicionales. En el caso de Nicaragua, por ejemplo, se calcula que por cada niño menor de 5 años se necesita cerca de un dólar tan sólo para los costos operativos (gasolina, estipendios, comunicación social). Los encargados de tomar decisiones de alto nivel preferirían no invertir en las jornadas de vacunación, ya que en su opinión la vacunación regular debería proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades de la población. Considerando estos dos inconvenientes, las autoridades sanitarias nicaragüenses han concluido que las jornadas de vacunación se debieron reducir de tres a una por año.

Casos notificados de enfermedades seleccionadas, 2006-2007

Número de casos de tos ferina, difteria, tétanos, tétanos neonatal (TNN) y parotiditis

País	Tos ferina		Difteria		Tétanos (no TNN)		Tétanos neonatal		Parotiditis	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...
Antillas Neerlandesas	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Argentina	1.607	2.587	0	0	5	6	0	0	11.461	11.575
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Barbados	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Belice	0	0	0	0	1	0	0	0	24	...
Bermuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	6	0	0	0	8	9	2	1	...	...
Brasil	797	596	9	0	444	281	8	5	...	...
Canadá	1.945	1.472	0	5	2	5	0	0	37	1.108
Chile	1.285	1.030	0	0	7	3	0	0	1.494	1.387
Colombia	233	125	0	0	59	65	4	4	2.243	2.294
Costa Rica	1.037	2.024	0	0	1	1	0	0	...	0
Cuba	0	0	0	0	3	0	0	0	882	267
Dominica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	23	84	0	0	43	15	4	2	935	11
El Salvador	5	2	0	0	5	6	0	0	979	329
Estados Unidos*	15.632	7.862	0	0	41	28	0	0	6.584	800
Granada	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Guadalupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	48	97	0	0	6	3	2	2	1	2
Guayana	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	...	824	260	94	47	92	53	38	...	...
Honduras	138	71	0	0	18	13	0	0	456	233
Islas Caimán	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Islas Turcas y Caicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Vírgenes (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	1	0	0	0	9	10	0	0	2	0
Martinica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	171	164	0	0	50	45	4	4	8.336	7.880
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	148	51	0	0	6	4	0	0	151	141
Panamá	132	78	0	0	3	2	0	0	205	207
Paraguay	6	8	0	0	9	10	2	0	234	140
Perú	84	47	0	0	28	55	4	4	0	...
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	17	10	16	4	65	64	4	2	...	...
Saint Kitts y Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y las Granadinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...
Santa Lucía	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Suriname	0	0	0	0	0	2	2	0	...	...
Trinidad y Tabago	0	0	0	0	0	0	0	0	13	...
Uruguay	15	26	0	0	2	0	0	0	1.646	2.069
Venezuela	1.183	...	0	...	34	...	4	1	2.935	19.118
Total	24.513	17.161	285	103	896	723	93	63	38.620	47.562

... no disponible

Actualizado: 27 de octubre de 2008

Fuente: Formulario conjunto para la notificación (JRF) de la OPS-OMS/UNICEF e informes de los países a FCH-IM, OPS

(*) Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), Vol. 57/No.42.

DECLARACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

por los participantes a la Reunión sobre la prevención y el control integrados del cáncer cervicouterino

Reconociendo:

Que el cáncer cervicouterino es una de las principales causas de mortalidad en la mujer;

Que cada año 33.000 mujeres mueren debido al cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe;

Que se estima que, de continuar con esta tendencia, el número de muertes se duplicará hasta el año 2030;

Que el cáncer cervicouterino afecta principalmente a poblaciones vulnerables, como mujeres pobres y poblaciones indígenas, y que la alta carga de esta enfermedad en la Región, con las tasas de mortalidad de cáncer cervicouterino más elevadas en el mundo, y su impacto económico en América Latina y el Caribe son altamente preocupantes;

Que se sabe ahora que el virus del papiloma humano (VPH) es la causa de virtualmente 100% de los cánceres cervicouterinos;

Que actualmente existen vacunas contra el VPH que ofrecen gran esperanza para prevenir 70% de las muertes por cáncer cervicouterino;

Que la mayor limitación para su uso es su alto precio;

Que la vacuna contra el VPH no reemplaza los programas de tamizaje, diagnóstico y tratamiento; y

Que tienen la oportunidad de fortalecer la prevención y el control integrados con la introducción de la vacuna, al tiempo que se va mejorando la calidad y la cobertura del tamizaje y los servicios de diagnóstico y tratamiento,

Los participantes resuelven:

1. Promover la integración de los programas de inmunización, de control y prevención del cáncer, de salud de los adolescentes y de salud reproductiva para unir fuerzas para prevenir y controlar el cáncer cervicouterino;
2. Aprovechar la oportunidad de la introducción de la vacuna contra el VPH para fortalecer el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino y también la salud sexual y reproductiva, la capacitación del personal y los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento;
3. Continuar considerando el programa de inmunización como un bien público Regional de alta prioridad;
4. Considerar la introducción de la vacuna contra el VPH, en base a criterios nacionales técnicos, programáticos, operacionales y financieros, y tomar en cuenta la necesidad de fortalecer la cadena de frío, los sistemas de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios a nivel nacional;
5. Trabajar con el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para buscar precios de vacuna asequibles para que los países de la Región puedan introducirla en sus programas nacionales de inmunización lo antes posible;
6. Generar los mecanismos y procesos de negociación con altas instancias presupuestarias para garantizar la sostenibilidad de los programas de inmunización y de control y prevención del cáncer.

Ciudad de México, México, 12-13 de mayo de 2008

Firmada por Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

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 XXX, Número 4 • Agosto de 2008

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro



**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>