

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLUMEN XXX, NÚMERO 5 ▶ OCTUBRE DE 2008

- 1 Evaluación del programa de inmunización de Guyana
- 1 Análisis descriptivo de la toma de decisiones sobre políticas de inmunización en las Américas
- 7 Dispositivos electrónicos de monitoreo de la temperatura de 10 días
- 8 Inmunización en las Américas: Resumen 2008

Evaluación del programa de inmunización en Guyana

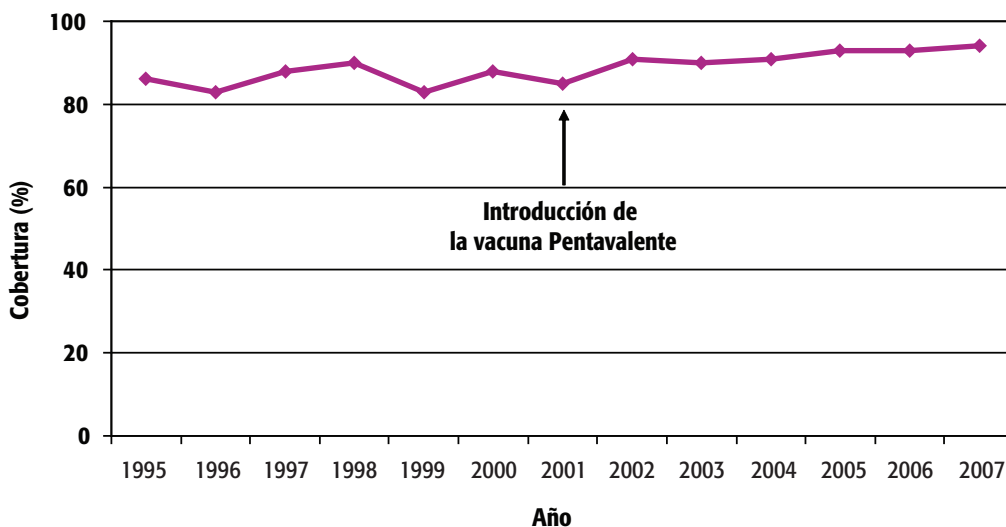
Antecedentes

En septiembre del 2008, se llevó a cabo una evaluación internacional del programa ampliado de inmunización (PAI) en Guyana para valorar sus puntos fuertes y débiles y su capacidad para introducir nuevas vacunas. El equipo encargado también valoró los logros alcanzados desde la primera evaluación del PAI, realizada en mayo del 2000.

Guyana está dividida en 10 regiones administrativas, que se clasifican en 4 regiones del interior –principalmente rurales, de difícil acceso y con población dispersa– y 6 costeras. La función del Ministerio de Salud (MS) de Guyana incluye la creación de programas para la formulación de políticas, el establecimiento de normas, la evaluación, el financiamiento y la administración sanitaria. Se calcula que el gasto público sanitario representó 4,5% del PIB en 2003, lo que supone un aumento constante desde 1998, cuyo gasto fue de 2,7%. La fuente primaria de financiamiento del sector de la salud procede de la tributación del gobierno. Durante los años 2001 a 2005, Guyana recibió fondos principalmente de la Alianza GAVI para la introducción de la vacuna pentavalente (DTP, contra hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* de tipo b o Hib) en el esquema de vacunación. Desde el 2006, el país ha asumido el pago completo de la vacuna (1).

En Guyana no se ha confirmado ningún caso de poliomielitis o fiebre amarilla desde 1962 y 1968, respectivamente. Asimismo, desde 1991 tampoco se ha encontrado ningún caso de sarampión confirmado por laboratorio. El último caso de rubéola se notificó en 1998. En el 2001 se introdujeron plenamente dos antígenos nuevos (contra la hepatitis B y contra Hib) en el esquema de vacunación. Entre el 2005 y el 2007, se introdujeron en ciertos grupos de población la vacuna Tdap, la antipoliomielítica a base de virus inactivados (VPI) y la antineumocócica. Las vacunas antineumocócicas y antirrotavíricas se administrarán a todos los lactantes a partir del 2009. La cobertura de vacunación con todos los biológicos ha aumentado: entre 1999 y el 2006, la cobertura de la DTP3 pasó de 83 a 93% (figura 1) y la de la BCG de 91 a 96%.

Figura 1. Cobertura con DTP3, Guyana, 1995-2007



Fuente: informe de país al Proyecto de Inmunización, FCH/IM, OPS.

Análisis descriptivo de la toma de decisiones sobre políticas de inmunización en las Américas

Introducción

Recientemente, se ha intensificado el esfuerzo para ayudar a los países a aumentar su capacidad nacional en la toma de decisiones basadas en evidencia, especialmente en lo que se refiere a la introducción de vacunas (1). Sin embargo, con objeto de establecer estrategias enfocadas a mejorar, deberá conocerse más a fondo el proceso decisorio de políticas existente. En respuesta a la necesidad de hacer un análisis de la situación, en marzo del 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Universidad de Ottawa (Canadá) elaboró y distribuyó en todas las regiones del mundo un cuestionario sobre los procesos de toma de decisiones en materia de políticas de inmunización a escala nacional. Los cuestionarios respondidos por los países de las Américas se enviaron también a la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Métodos

El cuestionario consta de 66 preguntas entre las que hay de tipo dicotómico, de opción múltiple y de respuesta libre. La mayoría de las preguntas de opción múltiple no son excluyentes entre sí, y los países deben marcar las que sean pertinentes.

Resultados clave e inferencias

1. Respuestas

En la Región de las Américas, 35 países recibieron el cuestionario. En julio

Metodología

El equipo de evaluación constaba de diez miembros internacionales y diez profesionales del MS. Los evaluadores se dividieron en cinco equipos que visitaron centros de salud y hospitales para evaluar las actividades de vacunación y de vigilancia. Realizaron entrevistas a los usuarios, a determinados funcionarios del MS, a pediatras y médicos del sector privado, y al personal de otros ministerios y organizaciones no gubernamentales (ONG).

Se usaron diez cuestionarios para recopilar información sobre la gestión, las operaciones, la toma de decisiones, la cadena de frío y el uso de los servicios de inmunización. La exactitud de los datos de vacunación se valoró mediante una evaluación de la calidad de los datos, similar a la Auditoría de la Calidad de los Datos de la Alianza GAVI, efectuada en todos los centros de salud visitados y oficinas regionales y central. Los datos recogidos se usaron para modificar el presente plan de acción quinquenal.

Hallazgos

Al PAI se le concede alta prioridad a todos los niveles. El compromiso político con el programa se demuestra mediante la adquisición de vacunas y el apoyo al programa. Cualquier brote de una enfermedad prevenible mediante vacunación (EPV) se considera un reto político y por ello se facilita la obtención de los recursos necesarios. La vacunación es obligatoria por ley para el ingreso en la escuela. La opinión de los médicos respecto al programa de inmunización va de excelente a muy buena.

1. Organización y coordinación

Este componente del programa obtuvo una calificación superior a 90% comparado con lo esperado. Los servicios de vacunación se prestan sin costo alguno mediante una red de centros de salud, dispensarios y puestos de salud estratégicamente ubicados en todo el país, incluidas muchas zonas remotas. Los médicos del sector privado (5% de la cobertura) usan el mismo esquema de vacunación que los del MS, que incluye la administración de la vacuna de la poliomielitis a base de virus inactivados y la vacuna antineumocócica conjugada a niños de alto riesgo y el retraso de la administración de la BCG. La cobertura de vacunación para todos los biológicos administrados durante los cinco últimos años ha sido igual o superior a 90%. Cada centro de salud tiene unos límites territoriales definidos con una población destinataria constituida por embarazadas y niños menores de 5 años. El MS proporciona los datos de nacimientos locales. La coordinación con otros sectores (las ONG de las regiones del interior, los servicios de seguridad, el Ministerio de Educación) es adecuada. El tamizaje para determinar el estado de protección y las actividades para fomentar la vacunación se integran en el programa de salud escolar. Se cuenta con un comité de coordinación interagencial y un comité técnico consultivo. Entre el personal

sanitario entrevistado, 54% informaron que no había habido ninguna interrupción de los servicios de vacunación en los seis últimos meses y que no hubo escasez de vacunas por causa de las restricciones financieras. Sin embargo, la coordinación en materia de vacunación entre las diferentes regiones sanitarias, el seguimiento de los niños que no cumplen el esquema y la vigilancia necesitan mejorarse. Además, los médicos de las unidades de salud están mínimamente involucrados en las operaciones diarias del PAI y la comunicación con los médicos privados debe fortalecerse. Por último, muchas de las unidades de salud no tienen mapas o croquis mostrando sus datos geográficos de cobertura ni directrices integrales del PAI.

2. Programación y planificación

El MS tiene un plan estratégico de salud quinquenal y planes de trabajo anuales con metas y objetivos definidos a escala nacional y regional. El PAI se integra en el programa regular de salud del niño. Sin embargo, no se encontraron planes de trabajo escritos en la mayoría de las unidades de salud. En el 2007, se alcanzaron las metas de vacunación del PAI en 90% de los centros de salud. La cobertura de vacunación es calculada mensualmente por 81% del personal y se usa para la toma de decisiones en todas las esferas. Se recurre a diversas estrategias, como la vacunación en puestos fijos, las brigadas móviles para las zonas de difícil acceso, la vacunación en las escuelas y las visitas casa a casa, para proporcionar servicios e información sobre la vacunación a la población. Todos los consultorios de atención prenatal y de enfermedades crónicas evalúan la protección de los pacientes frente al tétanos y administran la vacuna Td en caso necesario.

Los registros de vacunación se guardan en los centros de salud y contienen información sobre la vacunación de los menores de 1 año y de los niños de 1 a 4 años permitiendo el seguimiento del cumplimiento del esquema. Cada niño recibe un carné con una relación completa de las vacunas recibidas, información sobre su crecimiento y desarrollo y sobre su estado de nutrición. La vacunación de los adultos se registra generalmente en un carné que se entrega al paciente pero también se guardan estos datos en el centro de salud en un registro de asistencia.

3. Ejecución

Los servicios del PAI se prestan en todas las unidades de salud y Guyana ha mantenido una cobertura nacional alta (>90%) durante los cinco últimos años a pesar de las grandes limitaciones de los recursos humanos. En las zonas urbanas, se prestan servicios de inmunización cada semana en los días señalados aunque, si es necesario, las vacunas se administran con mayor frecuencia. En las zonas rurales, sin embargo, estos servicios se prestan mensualmente. Se ha realizado un excelente trabajo para llegar a las zonas remotas, especialmente a las del interior. No obstante, en algunas regiones sanitarias las visitas casa a casa para los niños que

no están al día en su esquema son infrecuentes, y algunas actividades de vacunación planificadas dependen en gran parte de la facilidad de acceso y de la buena voluntad y dedicación del personal.

4. Recursos humanos y físicos

Este componente obtuvo la calificación más baja (47%), debido principalmente a los insuficientes recursos humanos señalados en todo el sector de la salud pública: 59% del personal entrevistado declaró que no había profesionales de salud suficientes para administrar las vacunas. Como en otros países del Caribe, el principal reto de Guyana estriba en atraer y retener en su puesto a personal debidamente capacitado. Los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) son de vital importancia para la ejecución del PAI en las regiones del interior, ya que son responsables de la administración de las vacunas en las zonas remotas. El personal dedicado actualmente a esta tarea procura mantener un servicio de gran calidad para todos.

Todos los entrevistados señalaron que hay suministros suficientes de vacunas, jeringas y cajas de seguridad, y que las limitaciones presupuestarias no acarrearán escasez de vacunas. Aunque las unidades de salud están bien situadas en las zonas urbanas o estratégicamente ubicadas en el interior, varios establecimientos de salud carecen de suministro eléctrico continuo. Además, algunos establecimientos son peligrosos debido a su infraestructura física y los fondos para ejecutar el plan de mantenimiento de los establecimientos necesitan ser asegurados. Existe un sistema de comunicación básico entre todas las esferas del sistema de salud, pero hace falta un equipo de comunicación moderno. Los vehículos destinados al transporte entre los centros de salud son apropiados para terrenos escabrosos; sin embargo, el número de vehículos para el transporte de personal e insumos y la provisión del combustible para el parque existente son insuficientes. Estas dificultades constituyen un desafío para la prestación de los servicios de salud.

5. Productos biológicos, logística y cadena de frío

El PAI de Guyana obtiene el suministro de vacunas e insumos para la vacunación por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. Los médicos particulares obtienen las vacunas gracias al MS y dos distribuidores privados. El almacén frigorífico central existente se encuentra en el MS en una zona de alta seguridad y las vacunas están almacenadas en condiciones adecuadas. El mantenimiento mensual lo realiza un técnico y se cuenta con un generador. Una nueva instalación central de la cadena de frío estará finalizada próximamente y se prevé su habilitación en breve. Este nuevo espacio es necesario para la introducción de vacunas nuevas.

Se evaluaron 49 instalaciones de almacenamiento en frío en los sectores público y privado. En general, el sistema de la cadena de frío se mantenía adecuadamente en muchos establecimientos de

salud. La mayoría de las unidades de salud de las zonas costeras tenían equipos de cadena de frío funcionando bien y el personal sanitario aplicaba las normas de manejo de la cadena de frío. Todas las unidades de salud están dotadas con termos aprobados. En los establecimientos con refrigerador, el personal del centro de salud informó en un 89% que éste sólo se usaba para las vacunas. A pesar de que se realiza anualmente un inventario del equipo de la cadena de frío en toda la nación, sólo 54% de los centros de salud pudieron mostrar dicho inventario. Por otro lado, sólo 25% de los establecimientos de salud presentaron un plan de mantenimiento preventivo. Las lecturas de la temperatura de la mayoría (82%) de los refrigeradores eran apropiadas (entre +2° y +8° C); 93% de los centros de salud no notificaron pérdida alguna de vacunas por corte del suministro eléctrico. Los médicos del sector privado señalaron que tienen refrigeradores en funcionamiento para almacenar las vacunas. Para aumentar la fiabilidad de la cadena de frío y mejorar el seguimiento, los refrigeradores se deben reemplazar cuando sea necesario.

En el último año nunca ha habido escasez de vacunas a escala central. Sin embargo, el personal informó que sólo 40% de los centros de salud tenían instrucciones escritas para la adquisición de las vacunas. En las zonas costeras, 11% de los centros de salud dieron cuenta de un suministro inadecuado de jeringas o agujas en los 12 meses anteriores; aunque no han presentado falta de existencias. En términos generales, menos de 50% de los centros de salud habían experimentado anomalías en los servicios de inmunización en los 6 últimos meses, siendo problemas con los pedidos una de las principales causas.

6. Capacitación y supervisión

En los dos últimos años se impartieron actividades de capacitación del PAI a determinado personal de

salud, pero en vista de que no todos han tenido acceso existen grandes diferencias en el desempeño de los TSC. Los estudiantes de enfermería rotan por la comunidad durante el período de capacitación. No obstante, la capacitación en vigilancia en general es inadecuada. Además, la mayoría del personal no había recibido la capacitación en flebotomía necesaria para la vigilancia de las EPV. En cada región una unidad de salud debería servir de centro de capacitación para el personal sanitario nuevo, especialmente para los TSC. Es necesario que haya una capacitación especial en materia de vigilancia de las EPV para los auxiliares de enfermería y los TSC.

Hay una clara línea de autoridad institucional para llevar a cabo la supervisión y se cuenta además con un instrumento de supervisión. Del personal entrevistado, 90% dijeron haber recibido visitas de supervisión en los 12 últimos meses. Las dificultades de acceso por el relieve del terreno y la logística han impedido la supervisión regular en algunas regiones. Por otro lado, el instrumento de supervisión que se encuentra en los establecimientos de salud no es usado eficazmente por todos los supervisores. Las visitas de supervisión deberían incluir un informe escrito presentado al supervisado para permitir una retroalimentación adecuada.

7. Seguridad de la vacunación

Las agujas y jeringas no son reutilizadas. Generalmente las agujas no se vuelven a tapar, aunque 16,7% de los entrevistados manifestaron hacerlo. La mayoría de las unidades de salud no tenían una bandeja de urgencia preparada con los medicamentos apropiados. Las cajas de seguridad y los envases de riesgo biológico comerciales recomendados por la OMS se usan para recoger las agujas y jeringas usadas, y está funcionando un sistema para la recolección de desechos de riesgo biológico en las zonas urbanas. Las cajas de seguridad

una vez llenas se queman (33,3%) o se incineran (29,2%). Sin embargo, la eliminación final de los desechos de riesgo biológico es problemática y los incineradores son escasos. Existen directrices para la gestión de los desechos de riesgo biológico y también recomendaciones de posexposición para los pinchazos con aguja: se notificaron siete casos de pinchazos accidentales en los seis últimos meses. Por último, la notificación de las reacciones adversas es obligatoria y 77% de los consultorios señalaron haber mantenido un registro de los eventos adversos siguiendo la vacunación.

8. Vigilancia epidemiológica y laboratorio

El sistema de vigilancia nacional está formado por establecimientos del sector público y privado. Los médicos remiten los informes de vigilancia semanalmente. Por otro lado, las unidades de salud notifican semanalmente los datos de vigilancia sindrómica a la unidad de epidemiología del MS, cuyo personal está formado por enfermeras y dos epidemiólogos. La mayoría de las unidades de salud (80%) tienen un punto focal de vigilancia. Una unidad de control de infecciones del hospital principal de Georgetown se coordina con la unidad de epidemiología del MS. A lo largo de los dos últimos años se ha modernizado el sistema nacional de vigilancia de las enfermedades. El nuevo sistema está siendo presentado actualmente en cada región y la capacitación del personal está en marcha.

La mayoría de los establecimientos de salud visitados (93%) eran unidades notificadoras para la vigilancia nacional; 36% de los entrevistados dijeron haber recibido capacitación para la vigilancia epidemiológica. Las normas escritas sobre vigilancia epidemiológica de EPV forman parte del manual del PAI. Por otro lado, está en marcha un mecanismo para notificar los casos sospechosos de EPV, que incluye formularios para el estudio de casos de ciertas enfermedades. Una enfermera del PAI central se dedica a la vigilancia de las EPV, en coordinación con la unidad de epidemiología. El personal notificó correctamente las definiciones de casos de sarampión (80%), tétanos neonatal (58%), parálisis flácida aguda (AFP) (43%) y síndrome de rubéola congénita (CRS) (38%). Sin embargo, en muchos establecimientos de salud no se encontraron formularios de estudio ni manuales del programa. La búsqueda activa de casos no se lleva a cabo sistemáticamente. Algunos proveedores de servicios de salud no conocían los indicadores de vigilancia para la investigación del sarampión y la rubéola. Una gran parte del personal sanitario no ha recibido capacitación exhaustiva sobre la vigilancia en los dos últimos años.

Los informes anuales de enfermedades transmisibles y EPV se reciben en 47% de las unidades de salud. No se han confirmado casos de poliomielitis, difteria o sarampión desde hace más de dos decenios. Por otro lado, la integridad de los datos y la prontitud para notificar casos de PFA y casos sospechosos de sarampión o rubéola es excelente.



Niños bañándose en el río en una comunidad remota del interior en Kamwatta (Guyana). Por cortesía de C. Danovaro.

El seguimiento de las infecciones por rotavirus se hace en los hospitales centinelas. Sin embargo, la vigilancia de las enfermedades bacterianas invasoras ha sido limitada debido al bajo porcentaje de aislamientos neumocócicos positivos.

La capacidad para hacer pruebas de laboratorio está ampliándose con la construcción de un nuevo laboratorio de salud pública. Se dispone de un número suficiente de envases para la recogida y el transporte de las muestras al laboratorio; este último corre a cargo de los recursos institucionales. Por otro lado, existen mecanismos para el envío de las muestras de casos sospechosos de EPV al Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS (CAREC), y el transporte está financiado por el MS. No obstante, debe disminuirse el plazo para el envío de muestras a dicho centro. Aunque los casos de PFA se notifican oportunamente, no siempre se recogen las muestras. Algunos trabajadores sanitarios no están capacitados para tomar muestras de sangre, especialmente en las zonas remotas, lo que dificulta la labor de confirmar o descartar casos sospechosos de sarampión o rubéola. Por esta razón, deberá considerarse el uso de otro tipo de muestras para hacer las pruebas serológicas o la detección viral.

9. Comunicación social y participación comunitaria

Existe un plan nacional de educación sanitaria para 2008 y está cabalmente financiado. El país participa plenamente en la Semana de Vacunación en las Américas promoviendo la vacunación y realizando actividades de puesta al día. Las estrategias para promover la salud incluyen anuncios o tertulias radiofónicas, carteles y actividades relacionadas con la salud en la escuela. El personal sanitario ofrece charlas sobre educación sanitaria a la comunidad. Además, en muchas unidades de salud se disponía de materiales de educación sanitaria relacionados con la vacunación, especialmente para la fiebre amarilla. Por último, 69% del personal sanitario declaró que se realiza educación o promoción de la salud todo el año y 44% de los usuarios habían oído un mensaje sobre vacunación en los dos meses anteriores.

10. Evaluación e investigación

Las evaluaciones del PAI se realizan tres veces al año y en ellas participan todas las regiones. La notificación de la cobertura de vacunación se realiza mensualmente y se usa como uno de los indicadores de la evaluación. En los cinco últimos años se ha llevado a cabo un proyecto sobre la carga de las enfermedades diarreicas. En el 2004 se realizó un estudio sobre las barreras de acceso a los sistemas de salud y un análisis de la situación del PAI; por otro lado, en el 2005 se llevó a cabo un análisis de las condiciones de la cadena de frío y en el 2007 un estudio sobre la invaginación intestinal (para estimar su incidencia).

Satisfacción de los usuarios

Las encuestas de usuarios se realizaron en las 10 regiones de Guyana. Se entrevistaron 249 prestadores de asistencia a niños menores de 5 años, de los cuales 134 vivían en las zonas costeras y 115 en el interior. Entre los entrevistados, 26 eran menores de 20 años y 126 tenían entre 20 y 30 años. Los resultados de la encuesta fueron los siguientes:

- 96% de los usuarios consideraban que la vacunación de los niños es muy importante y 98% asistían al centro de salud para vacunarles;
- 95% de los niños tenían carnés de vacunación y 85% tenían al día las vacunas administradas correspondientes a su edad;
- 96% de los usuarios estaban satisfechos con la atención recibida porque el personal había sido amable y comprensivo, el servicio satisfactorio y cada intervención bien explicada por el personal.

Conocimiento y actitudes con respecto a la vacuna contra el VPH

Como complemento a la metodología estándar de evaluación del PAI, y a modo de preparación para la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), se sondeó a los usuarios y al personal sanitario sobre su impresión acerca del servicio y lo que sabían sobre la infección por el VPH y sus secuelas.

Menos de 10% de los usuarios habían oído hablar del VPH, pero quienes lo conocían lo asociaban a una infección de transmisión sexual y no al cáncer cervicouterino. Menos de 50% de los entrevistados habían oído hablar del cáncer cervicouterino y 69% no sabían cómo prevenirlo. Aunque sólo 8% habían oído hablar de la vacuna contra el VPH (o reconocieron el nombre comercial), 90% dijeron que aceptarían vacunarse y 91% que les permitirían a sus hijas recibir dicha vacuna.

11. Información sanitaria

Se ha instaurado un sistema de notificación nacional de información sobre inmunización y se ha mantenido durante varios años. La información del PAI es responsabilidad conjunta de los centros de salud, las regiones y el MS. Se han distribuido recientemente nuevas tarjetas de salud del niño en las que se anotan todas las vacunas recibidas. Sin embargo, las dosis de las vacunas administradas fuera de las edades recomendadas se registran pero no se hace un seguimiento sistemático. Hay un duplicado de los registros de dosis en las unidades de salud, y la documentación de los expedientes de salud del niño debe mejorarse. Los datos de inmunización del sector privado se presentan al MS, pero no hay ningún mecanismo formal de intercambio de comentarios entre el ministerio y los médicos privados. En el 2007, el porcentaje de abandono a escala nacional fue de 2%. El sistema actual permite hacer un seguimiento, en cada zona, de los niños que no cumplen el calendario de vacunación. Sin embargo, no se usa en todos los centros de salud y, cuando se usa, no queda bien documentado.

La evaluación no encontró incongruencias sistemáticas de los datos entre los formularios diarios y mensuales, ni entre los centros de salud y las regiones, aunque hubo dificultades para recuperar los datos en algunos establecimientos y regiones. La mayoría de las incongruencias encontradas posiblemente podrán solventarse cuando se implanten mejores prácticas de registro. Es necesario computerizar la información sanitaria y contar con un registro central de vacunación.

Por último, está funcionando un sistema excelente para hacer un seguimiento de la cobertura de Td en embarazadas, en el que los antecedentes detallados sobre el número de dosis recibidas de Td o DTP está bien documentado a fin de evitar la vacunación innecesaria con Td en cada embarazo. El equipo de evaluación invitó a Guyana a compartir su experiencia sobre el seguimiento de la cobertura de Td, ya que podría servir de modelo para otros países.

Conclusiones

El PAI ha mejorado sustancialmente desde la última evaluación en el 2000, además, garantiza la protección de los niños mediante la provisión de vacunas seguras. A este programa se le asigna una alta prioridad. Ahora que se ha asegurado el acceso a la vacunación, la atención debe centrarse en la mejora de la calidad del servicio. El equipo de evaluación identificó las fortalezas y los aspectos que hay que mejorar para cada componente y aportó recomendaciones específicas. Estas recomendaciones se reflejan en el plan de acción plurianual modificado.

Los retos principales para el PAI en Guyana estriban en mantener una cobertura superior a 95% para todas las vacunas administradas, mantener la ausencia de casos autóctonos de poliomielitis, sarampión, rubéola y SCR e introducir nuevas vacunas manteniendo los logros actuales. ■

Referencia

1. GAVI y Guyana: Un logro ejemplar. Del Boletín de inmunización 2006. 28(5).

TOMA DE DECISIONES Cont. página 1

del 2008, 29 países (83%) lo habían rellenado y devuelto. En cambio, un país presentó una descripción de los comités de inmunización existentes (Haití) y otros cinco (14%) no devolvieron el cuestionario.

Los coordinadores del programa nacional de inmunización eran los más indicados para rellenar el cuestionario (76%). Sin embargo, en 10% de los países, los cuestionarios fueron rellenados por epidemiólogos u otros profesionales sanitarios. Por lo tanto, el sesgo del informante quizá sea una limitación de este cuestionario, ya que los coordinadores del programa nacional de inmunización serían los más capacitados para proporcionar la información.

2. Coordinación transversal gubernamental

En 31% de los países se citó al ministerio de salud como el único involucrado en el proceso decisorio sobre la inmunización. En cambio, 45% de los países se refirieron al ministerio de finanzas y 41% enumeraron al menos otro ministerio además del de salud o el de finanzas. Estos resultados indican que se necesita más coordinación transversal, esencial para crear políticas eficaces y sostenibles de inmunización.

3. Estructura de la toma de decisiones sobre inmunización

De los 29 países que devolvieron el cuestionario, 17 (59%) señalaron que disponen de un grupo técnico asesor (GTA) de inmunización nacional para **todas las enfermedades prevenibles mediante vacunación**, y 12 países (41%) indicaron que no tienen tal grupo.

• **Países sin GTA:** Todos los países que indicaron no tener un GTA están ubicados en el Caribe. Y todos reciben directrices de la Reunión Anual de Gerentes del PAI del Caribe. El hecho de ser países de pequeño tamaño y con características similares valida la utilidad y viabilidad de tal enfoque. En los países más pequeños, las recomendaciones subregionales constituyen probablemente una forma más eficaz y apropiada de usar los recursos. Como respuesta al cuestionario, 92% declararon que su ministerio de salud sigue las directrices de la OPS para determinar qué recomendaciones aplicar. Por otro lado, 75% indicaron que usan documentos de posición de la OMS sobre vacunas y 75% dijeron haber usado informes y recomendaciones de la reunión entre países de la OPS como fuente de información.

• **Países con GTA.** Todos informaron haber establecido su grupo después de 1996, a excepción de Canadá y Estados Unidos (años sesenta), Cuba (1989) y Brasil (1991).

4. Descripción del GTA

• **Función:** De los 17 países con un GTA, 65% informaron que éste ayuda al gobierno a esta-

blecer las políticas de vacunación, le informa sobre las necesidades de vacunas de importancia para la salud pública, aborda temas sobre calidad y seguridad de las mismas o evalúa las nuevas vacunas.

- **Logística:** Aunque 82% de los países declararon que su GTA tiene atribuciones formales y 76% informaron que el grupo se ordena con directivas legislativas o administrativas, sólo 29% indicaron que los miembros deben hacer una declaración de posibles conflictos de intereses. Por otro lado, al menos 94% de los países dijeron haber tenido un epidemiólogo, un experto en salud pública o un pediatra como miembro del GTA. Y no menos de 53% declararon la presencia en el grupo de un experto en enfermedades infecciosas, un profesional clínico que no era microbiólogo, pediatra ni inmunólogo. Es interesante que ningún país haya dicho que hubiera un economista de la salud.
- **Proceso decisorio:** Al menos 94% de los GTA dijeron haber tenido en cuenta la carga de enfermedad, la eficacia y seguridad de las vacunas o las repercusiones económicas de la enfermedad a la hora de hacer una recomendación. Sin embargo, sólo 53% abordaron el tema de si la vacunación es una prioridad de la salud pública. Sólo 53% consideraron la percepción pública del riesgo de enfermedad y, para finalizar, únicamente 29% tuvieron presente el método de administración de las vacunas.
- **Fuentes de información:** Al menos 65% de los países indicaron que usan el asesoramiento de la OMS, la opinión de expertos, los documentos del GTA regional o los datos publicados y artícu-

los de revistas como fuentes de información para influir en las recomendaciones del GTA. Menos de 47% dijeron haber recurrido a consultas con grupos de trabajo, datos de vigilancia o informes del gobierno. Finalmente, 41% dijeron haber usado información de documentos de la industria farmacéutica (figura 1).

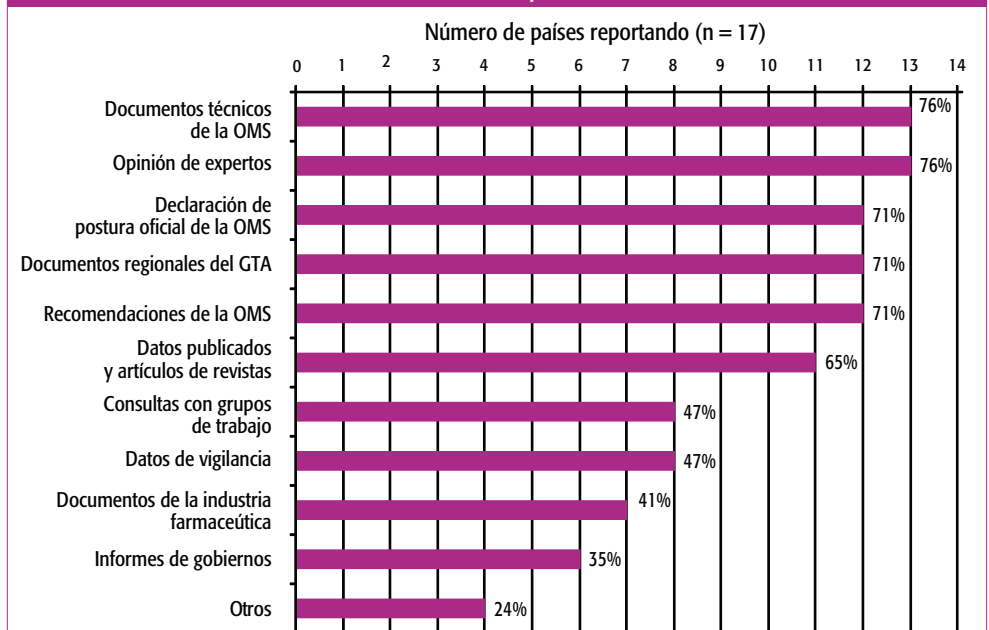
5. Oportunidades para mejorar el proceso decisorio de vacunación

Todos los países citaron posibles formas de mejorar la formulación de políticas de vacunación (cuadro 1). Y muchos señalaron la necesidad de mejorar la coordinación nacional de los interesados directos en la política de inmunización. Entre las mejoras específicas necesarias se incluye: aumentar la comunicación entre los departamentos gubernamentales, la organización entre países y la normalización de las políticas de inmunización. Algunos declararon que es necesaria una mayor coordinación con los profesionales privados de atención sanitaria y los fabricantes de vacunas, sobre todo para mejorar la disponibilidad de vacunas y los datos de ensayos clínicos, respectivamente.

También se notificaron las deficiencias en la recopilación de datos epidemiológicos y en los sistemas de vigilancia. Debido a la falta de datos de calidad, muchos tuvieron dificultades para determinar la carga de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, especialmente para enfermedades prevenibles por nuevas vacunas. Los países expresaron el deseo de reforzar e integrar los sistemas de recopilación de datos.

La sostenibilidad económica y la seguridad financiera de los programas de inmunización fueron

Figura 1. Fuentes de información utilizadas para influir las recomendaciones del GTA, las Américas, 2008



Fuente: Proyecto de Inmunización, FCH/IM, OPS.

también importantes para muchos países. Muchos mencionaron la necesidad de ampliar la legislación existente para poder adquirir las vacunas recomendadas con los presupuestos sanitarios nacionales. También señalaron que la falta de una asignación legal de los recursos para la vacunación obstaculiza la proyección del programa a largo plazo, la movilización de los recursos y la introducción de nuevas vacunas.

Muchos países mencionaron la falta de estudios económicos sobre inmunización, como por ejemplo el análisis del costo-beneficio o de costo-efectividad para las nuevas vacunas. Señalaron que con análisis económicos estandarizados pueden tomarse más decisiones sobre políticas de inmunización fundamentadas. Además, los países declararon la necesidad de capacitar a los miembros del GTA en la generación e interpretación de estos estudios económicos.

Discusión

1. Asistencia técnica para el trazado de estrategias

Para que el impacto de la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación sea duradero se necesitan decisiones políticas fundamentadas y basadas en evidencia. Las variaciones en la disponibilidad de recursos y la carga de enfermedad de los países y las subregiones deben reflejarse en todas las decisiones sobre la política de inmunización.

Este estudio ha aportado información útil para comprender la situación actual de la toma de decisiones sobre políticas de inmunización a escala nacional en los países de las Américas. El cuestionario brindó la oportunidad a los países de documentar los problemas principales encontrados, las mejoras que son necesarias y el apoyo solicitado a la OPS. Los 29 países que respondieron el cuestionario citaron formas para mejorar su proceso de formulación de políticas de inmunización.

El cuestionario ha sido sumamente importante para ayudar a trazar estrategias de asistencia técnica de la OPS para fortalecer la capacidad a nivel de país en la toma de decisiones basadas en datos probatorios. Además, la mejora de los procesos para la formulación de políticas ayudará a conseguir que las decisiones sobre vacunación se alcancen mediante deliberaciones rigurosas y fundamentadas. Finalmente, la puesta en común de los conocimientos de diversos expertos, la utilización de un abanico de fuentes de información y el aumento de la transparencia en la toma de decisiones promoverá la puesta en práctica de las recomendaciones más útiles.

Sin embargo, se observaron limitaciones en el diseño del cuestionario. Los países sin un GTA fueron excluidos después de responder la primera sección del cuestionario. Por consiguiente, se perdió la oportunidad de evaluar equitativamente el proceso

Los países solicitaron específicamente el apoyo en los siguientes aspectos:	Tienen GTA Porcentaje (número)	No tienen GTA Porcentaje (número)
Creación de infraestructura: apoyar la creación de un GTA	0	100 (11)
Fortalecimiento de sistemas: mejorar el GTA existente	100 (17)	0
Mejorar la coordinación entre interesados directos	35 (6)	18 (2)
Aumentar la concientización o compromiso político	18 (3)	45 (5)
Fortalecer los sistemas de recopilación de datos	53 (9)	45 (5)
Garantizar el financiamiento de las vacunas	29 (5)	36 (4)
Generar evaluaciones económicas	41 (7)	27 (3)
Obtener ayuda financiera	24 (4)	18 (2)

decisorio sobre la política de inmunización en los países con y sin GTA. Las preguntas con respuesta de opción múltiple rara vez eran excluyentes entre sí y el orden variaba entre las diferentes versiones según el idioma. A veces, las opciones no estaban claramente definidas. Por ejemplo, 33% de los países que indicaron que no tenían un GTA marcaron que dependían de las recomendaciones de un GTA nacional. A veces se observaron incongruencias en las respuestas del país. Por ejemplo, unos pocos países que indicaron que no tenían miembros de enlace del GTA, respondieron en preguntas posteriores acerca de qué organizaciones representan estos miembros de enlace. Además, al menos una pregunta no se tradujo fidedignamente en la versión inglesa y la española del cuestionario, lo que propició una respuesta cuantitativa y otra cualitativa, respectivamente.

Dado que todos los cuestionarios no fueron respondidos por los coordinadores del programa de inmunización nacional, quienes quizá darían la información más exacta, el sesgo debido al informante puede ser otra limitación del cuestionario.

2. Iniciativa ProVac

La iniciativa ProVac de la OPS se ha concebido para proporcionar el apoyo técnico esencial solicitado por los países para fortalecer la infraestructura y los procesos de toma de decisiones. El grupo de estudio sobre las alianzas de cooperación técnica dirigido por la OPS reunirá grupos de vigilancia nacionales y subregionales, expertos de otras disciplinas e interesados directos clave para mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica. El establecimiento de una red de centros de excelencia clave especializada en el costo de la salud asegurará que los economistas de la salud están prestos a ayudar a los países en la generación y análisis de las evaluaciones económicas.

Esta iniciativa facilitará el fortalecimiento del GTA existente o el establecimiento de uno nuevo en los países. La meta es tener los GTA en funcionamiento con una buena composición y mejorar la coordinación con otros interesados directos. ProVac

apoyará actividades esenciales como la provisión de una base de evidencia más amplia y una mayor responsabilización. En algunos casos, un enfoque subregional quizá sea el método más eficaz para la formación de capacidad. ■

Nota de la redacción: Los redactores desean expresar su agradecimiento a Maggie Bryson, de la Universidad de Ottawa, por elaborar y llevar a cabo la encuesta mundial sobre la toma de decisiones políticas de inmunización, y a Julianne Burns, de la Universidad de California, por analizar los datos recibidos para las Américas y preparar este informe. La Universidad de Ottawa y la OMS están realizando un análisis mundial que se publicará a la brevedad.

Referencia

- Andrus et al. A model for enhancing evidence-based policy decisions on the introduction of new vaccines in the Americas: PAHO's ProVac Initiative. *Public Health Reports* 2007. 122:811-816.

Dispositivos electrónicos de monitoreo de la temperatura de 10 días



Según las Directrices de la OMS sobre el empaquetado y el envío internacional de vacunas, debe incluirse un dispositivo electrónico de monitoreo de la temperatura de 10 días en cada caja para el envío internacional de vacunas. Los dispositivos electrónicos de monitoreo de la temperatura de 10 días muestran cuándo y en qué medida se han infringido las condiciones de temperatura establecidas. Hay dos tipos diferentes de dispositivos: **Dispositivo de tipo I con tarjeta adjunta AMARILLA** para acompañar a las vacunas DTP, DT, TT, Td, HepB, IPV, Hib líquida y vacunas combinadas.



Dispositivo de tipo II con tarjeta adjunta AZUL para acompañar a la vacuna antipoliomielítica oral, BCG liofilizada, vacuna antisarampionosa, SR, SRP, Hib liofilizada, vacunas contra la fiebre amarilla y la meningitis.

Los dispositivos electrónicos de monitoreo de la temperatura de 10 días muestran cuándo y en qué medida se han infringido las condiciones de temperatura establecidas.

Quando reciba un envío internacional de vacunas, debe abrir **TODAS** las cajas para sacar los dispositivos; debe hacer esto de una en una.

1



Al sacar el Q-tag 2plus de la caja, verá la palabra **run** apareciendo de manera intermitente en la esquina inferior derecha de la pantalla, lo que significa que el dispositivo está en modo activo de registro.

2



Si no hay ningún problema con el envío, o sea que no ocurrió ninguna infracción, se puede ver la abreviatura **OK** en el centro de la pantalla.

Para detener el dispositivo, hay que pulsar el botón **STOP** durante tres segundos. La palabra **run** desaparecerá de la esquina inferior derecha de la pantalla y la palabra **stop** aparecerá en la esquina inferior izquierda de la pantalla. El dispositivo está parado ahora y no registra más.

3



Si se produjeron infracciones de los límites de temperatura establecidos, se visualizará un indicador de **ALARM** en el centro de la pantalla debajo del tiempo total de transporte transcurrido.

Para leer los detalles de la historia de temperatura durante el transporte, se debe poner el dispositivo en el modo **HISTORIA/HISTORY**.

1



Al sacar el 3M TX de la caja, verá una flecha (▶) en la parte inferior de la pantalla indicando que el dispositivo está en modo de registro.

2



Para detener el dispositivo, hay que pulsar el botón **STOP**. Una vez detenido, el símbolo que indica el estado de funcionamiento desaparecerá y el símbolo de **PARADA**, un cuadrado vacío (□) aparecerá en la parte inferior de la pantalla. El dispositivo está parado ahora y no registra más.

Si no hay ningún problema con el envío, o sea que no ocurrió ninguna infracción, se puede ver la abreviatura **OK** en la esquina inferior izquierda de la pantalla.

3



Si se produjeron infracciones de los límites de temperatura establecidos, se visualizará el indicador **no OK** en la parte inferior de la pantalla como la abreviatura **OK** tachada dentro de un círculo.

Si hubiera alguna alarma, apunte la hora en que se detuvo el dispositivo en la tarjeta adjunta. Esto es importante cuando usted se refiera al dispositivo después de haberlo parado. Le ayudará a calcular la hora precisa de infracción de las condiciones de temperatura. Haga una fotocopia o escanee el dispositivo para documentar el estado de la **ALARMA**. En cada imagen, indique el número de la caja donde estaba el dispositivo.

Incluya toda la información necesaria en el **informe de llegada de vacunas (ILV)**. Si hubiera alguna **ALARMA**, rellene el formulario de notificación de alarmas y adjúntelo al informe de llegada de vacunas. Envíe el informe de **Recepción de vacunas** con las fotocopias o las imágenes impresas de los dispositivos escaneados, así como el formulario de notificación de alarmas al "organismo de adquisiciones".



Organización Mundial de la Salud
Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos
Calidad, Seguridad y Normas

Immunización en las Américas: Resumen 2008 ahora disponible

El Proyecto de Inmunización Integral de la Familia publica anualmente el folleto *Immunización en las Américas* para resaltar los datos más importantes de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y la provisión de servicios de inmunización en los países de las Américas. Esta publicación sirve de punto de referencia para monitorear el progreso de los programas nacionales de inmunización en las siguientes tres áreas estratégicas de trabajo:

1. Protegiendo los logros. La Región de América ha sido la primera en el mundo en erradicar la poliomielitis y eliminar la transmisión endémica del sarampión. Los programas nacionales de inmunización en las Américas han alcanzado coberturas de vacunación de aproximadamente 90% para todas las vacunas de la niñez. Sin embargo, para proteger estos logros, es necesario que los países procuren alcanzar y mantener niveles de cobertura $\geq 95\%$ para todas las vacunas de la niñez en todos los municipios.

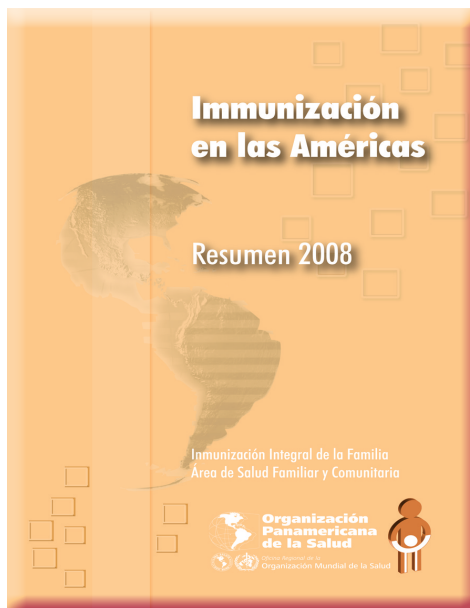
2. Abordando la agenda de inmunización inconclusa. Primero, los niveles de coberturas no son homogéneos ni entre países ni dentro de ellos, resultando en focos de personas sin vacunar

en riesgo de contraer enfermedades prevenibles mediante vacunación. En términos generales, 42% de los municipios de los países de América Latina y el Caribe reportan no haber alcanzado coberturas de 95% con tres dosis de la vacuna contra difteria-

tétanos-tos ferina. Segundo, el uso de vacunas contra la influenza estacional en los países de América Latina y el Caribe deberá extenderse a todos los grupos de riesgo. Tercero, la fiebre amarilla no se ha controlado plenamente en todas las zonas endo-zóticas de la Región y el riesgo de reurbanización de fiebre amarilla en las Américas existe.

3. Afrontando los nuevos desafíos. Los países deben adaptarse a la disponibilidad de nuevas vacunas y exigencias más complejas impuestas al programa de inmunización en todos sus niveles. La eficacia de las nuevas vacunas varía por país y éstas también son mucho más costosas que las vacunas tradicionales de la niñez. Por consiguiente, los países tendrán que tomar decisiones de políticas basadas en una base más amplia de evidencias científicas, apoyados por una vigilancia epidemiológica nacional fuerte y una red de laboratorios robusta para evaluar la carga de enfermedad y el impacto de la vacuna después de la introducción.

Se pueden solicitar ejemplares de este folleto, disponible en inglés, español y francés, mandando un mensaje a fch-im@paho.org. Las versiones electrónicas correspondientes a los cuatro últimos años pueden consultarse en la página web del Proyecto de Inmunización en www.paho.org/inmunizacion. ■



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 5 • Octubre 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/inmunizacion>