

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

DIVISIÓN DE VACUNAS E INMUNIZACIÓN

**IX REUNIÓN DEL CONO SUR, BOLIVIA Y BRASIL
SOBRE ENFERMEDADES PREVENIBLES
POR VACUNACIÓN**

INFORME FINAL

**Buenos Aires, Argentina
26-27 de enero de 2000**

1. INTRODUCCIÓN

Del día 26 al 27 de enero de 2000 se realizó la *IX Reunión del Cono Sur sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación y Erradicación del Sarampión*. La reunión contó con la participación de los Directores del PAI, de Vigilancia Epidemiológica y de responsables del diagnóstico de laboratorio del sarampión de Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, Bolivia y Brasil, así como de funcionarios del Ministerio de Salud de Argentina y funcionarios de la OPS/OMS.

La reunión fue inaugurada por el Dr. Héctor Lombardo, Ministro de Salud de Argentina. En el acto inaugural estuvieron presentes el Dr. Héctor Moguilevsky Secretario de Políticas y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud, el Dr. Javier Vilosio Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud. También contó con la participación de representantes del Centers for Disease Control (CDC) de Estados Unidos, Rotary International, la Oficina de Cooperación Técnica Alemana (GTZ), la Sociedad Argentina de Pediatría y la Sociedad Argentina de Infectología. El Dr. Juan Manuel Sotelo, Representante de OPS en Argentina, dio la bienvenida a los participantes. Actuó como Presidente de la reunión el Dr. Javier Vilosio y como Secretario el Dr. Ciro de Quadros, Director de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS/Washington.

2. OBJETIVOS DE LA REUNIÓN

- Analizar la situación actual del sarampión en el Cono Sur, Brasil y Bolivia, a 11 meses de la meta de erradicación de la transmisión autóctona del sarampión y monitorear los progresos logrados por los programas nacionales de inmunización.
- Analizar la situación de otras enfermedades prevenibles por vacunación, incluyendo el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del tétanos neonatal, el control de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, la fiebre amarilla, la

hepatitis B y los progresos de la introducción de la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), entre otros.

3. AVANCES HACIA LA ERRADICACIÓN DEL SARAMPIÓN

Coberturas: Los países suministraron datos provisionales (avance de meta) indicando una cobertura de vacunación contra el sarampión de menos del 95% en los niños y niñas de un año de edad en la mayoría de países (Tabla 1). Aquellos países que realizaron campañas en menores de 5 años reportan coberturas mayores, entre el 94 y 100%. Sólo Argentina y Bolivia informaron tasas de abandono entre la primera dosis de DPT y la antisarampionosa menores al 5%. La Tabla 2 muestra el análisis del porcentaje de cobertura por municipios; los países reportan entre el 10 y el 66% de municipios con coberturas menores al 90 por ciento.

Vigilancia: En 1999 se confirmaron 3.000 casos de sarampión en las Américas, una disminución del 483% sobre el número de casos de 1998 (Tabla 3). Estos casos ocurrieron en 11 países, de los cuales sólo cuatro (Bolivia, Brasil, Argentina y la República Dominicana) tuvieron transmisión autóctona del sarampión. De ellos, Bolivia reportó 1.442 casos (48% del total de la región), Brasil 756 (25%), Argentina 247 (8%), y la República Dominicana 206 (7%).

Todos estos países han reaccionado con el desarrollo de agresivos planes de acción que incluyen campañas de seguimiento, búsqueda activa de casos y fortalecimiento de la vigilancia. Como consecuencia, el número de casos en el cuarto trimestre disminuyó claramente. Cinco países que mantienen elevadas coberturas de vacunación (Canadá, Chile, Estados Unidos, Perú y Uruguay) sufrieron importaciones que provocaron brotes muy limitados sin causar circulación endémica.

La epidemia en Brasil se inició en 1996 en Santa Catarina y São Paulo (que no había participado en la última campaña de seguimiento). La

incidencia más alta se dio en 1997 (53.644 casos), 68 veces más que en 1996. El total de casos en 1998 fue de 2.930. De los 756 casos de 1999, 305 (40%) ocurrieron en la región Nordeste, siendo Pernambuco el Estado más afectado, con 24% de los casos del país.

A diferencia de lo ocurrido en 1997 en São Paulo, el grupo de edad más afectado en 1999 fue el de menores de 5 años. Con la incorporación en 1999 del equipo de asesores técnicos para los Estados y el desarrollo del plan de acción se logró un aumento de la notificación con un total de 33.781 casos sospechosos reportados. Aunque en cada Estado hay al menos un laboratorio para el diagnóstico serológico, solamente 355 de los 756 casos confirmados lo fueron por laboratorio o nexos epidemiológicos. Si bien la cobertura vacunal antisarampionosa alcanza en 1999 al 93% de los niños de un año, en 59% de los municipios esta cobertura fue menor al 95%. Para interrumpir la transmisión del virus, Brasil planea realizar una campaña de seguimiento en junio del 2000 y mantener una vigilancia intensificada.

En Argentina la epidemia comenzó a fines de 1997 en Misiones. Ese año se reportaron 121 casos en tres provincias. El brote se diseminó a todo el país en 1998 con un total de 10.229 casos. En 1998 se realizó una campaña nacional de vacunación en niños de 1 a 6 años, pero no incluyó a todas las provincias. Durante 1999 se notificaron 247 casos confirmados, provenientes de 12 (50%) de las 24 provincias, el último de ellos fue de la semana 46 en Mendoza. Las personas más afectadas fueron los niños menores de cinco años, en su mayoría no vacunados.

En lo que se refiere a Bolivia, es importante anotar que, en 1995, las coberturas de vacunación fueron bajas (80%) , pero se incrementaron en 1996 y 1997, llegando al 98%. No obstante, debido a falta de vacunas, disminuyó nuevamente en 1998 al 85%. El brote de sarampión se inició en mayo de 1998 en Tarija, frontera con Argentina, y se diseminó paulatinamente al resto del país, con un total de 1.004 casos en 1998 y 1.442 casos en 1999. Del total de casos

confirmados en 1999, el 52% corresponde a niños menores de 5 años, en su mayoría no vacunados.

Para controlar la epidemia en Bolivia, el gobierno nacional puso en marcha un plan de acción con la colaboración de la OPS, el Banco Mundial, USAID, la UNICEF y el BID y una participación financiera del gobierno nacional muy importante. El plan incluyó la realización de una campaña de seguimiento en noviembre y diciembre de 1999. La cobertura obtenida en la campaña fue de 98%, con 71% de municipios que reportaron coberturas del 95% o superiores a esa cifra. Con ello se logró una disminución dramática en el número de casos confirmados (4) desde el final de la campaña hasta la fecha. Para consolidar los logros y lograr la erradicación del sarampión, ahora se está realizando un rastillaje y la búsqueda activa de casos en municipios en riesgo.

De los países representados en esta reunión, Argentina y Bolivia cumplen con los principales indicadores de vigilancia: porcentaje de unidades que notifican semanalmente, investigación oportuna y toma de muestra de sangre adecuada de los casos sospechosos, y porcentaje de muestras con resultados a los 7 días (Tabla 4). No obstante, las muestras de orina de casos sospechosos (para aislamiento viral) no se toman regularmente, lo cual dificulta determinar la proveniencia del virus y garantizar el diagnóstico en casos aislados.

Mientras en la mayoría de los países los casos sospechosos de rubéola que son negativos para rubéola se analizan para sarampión, Brasil es el único que ya cuenta con una vigilancia integrada sarampión-rubéola.

Recomendaciones:

Estrategia

- La estrategia de vacunación recomendada (puesta al día, mantenimiento y seguimiento) es muy eficaz si se implementa en su totalidad. Para ello, se deben obtener coberturas iguales o mayores al 95 % por municipio, tanto en la estrategia de vacunación de mantenimiento como en las campañas de seguimiento.
- Las campañas de seguimiento deben realizarse al menos cada 4 años. Es necesario organizarlas con tiempo suficiente y preparación cuidadosa, fondos e insumos disponibles en todo momento en todas las áreas, y organización descentralizada en el nivel de área. La Tabla 5 indica el año en que deben efectuarse las próximas campañas de seguimiento.

El personal de salud corre un riesgo mayor de exposición al virus del sarampión y de ser una fuente de transmisión del mismo en los establecimientos de salud. Las personas que trabajen en establecimientos de salud y que tengan contacto con niños y adultos con enfermedades infecciosas deberán ser vacunadas contra el sarampión.

- Durante los brotes, ciertos grupos de adultos pueden correr a mayor riesgo de contraer sarampión. Dichos grupos incluyen, entre otros: trabajadores de salud, militares, estudiantes universitarios, trabajadores en construcción civil, del sector turismo y adultos jóvenes que emigran de las áreas rurales a las grandes ciudades.
- La cooperación entre países fronterizos para controlar el sarampión debe ser estimulada. Se deben implementar reuniones inter país y de frontera, con especial énfasis en áreas de alto riesgo, para el intercambio de información, definición y planificación de actividades conjuntas de vacunación y vigilancia.

- Se recomienda el uso de vacunas que contengan los antígenos del sarampión y la rubéola. Para la vacunación rutinaria de los niños de un año de edad se recomienda la utilización de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y paperas), y en las campañas se recomienda la doble viral (sarampión-rubéola).
- Se debe realizar el monitoreo mensual de coberturas por municipio analizando coberturas, tasas de abandono DPT1/antisarampionosa, y proporción de casos en no vacunados. Asimismo, se recomienda el uso de fichas de monitoreo, así como la visita casa por casa en manzanas seleccionadas de áreas de riesgo para detectar niños no vacunados.
- Según el resultado del monitoreo, se aconseja realizar barridos donde sea necesario, recuperar coberturas con la eliminación de oportunidades perdidas de vacunación y seguimiento de faltistas a través del registro de vacunados, el censo y las visitas domiciliarias regulares para vacunación.

Vigilancia

- Estandarizar la definición de caso sospechoso de sarampión en todos los países de acuerdo con la Guía de Erradicación del Sarampión de la OPS.
- Establecer una vigilancia integrada sarampión-rubéola en todos los países, investigar los casos sospechosos dentro de las 48 horas, mejorar la coordinación epidemiología/ laboratorio, asegurando la toma de muestras de sangre y orina en todo caso esporádico y en 5 a 10 casos de cada brote. Los resultados de serología deben reportarse a tiempo(dentro de los 7 días).
- Realizar una búsqueda activa de casos (idealmente cada dos meses) en áreas con circulación reciente del virus, de bajas coberturas, áreas silenciosas, con bajo acceso a servicios de

salud, de alta migración o flujo turístico. En manzanas de alto riesgo (o aledañas a la residencia de casos sospechosos) la búsqueda activa se debe acompañar de monitoreo de la vacunación a fin de detectar niños no vacunados. De hallarse casos, o encontrar un porcentaje alto de niños no vacunados, vacunar de inmediato a todo el municipio o al área.

Laboratorio

- Es necesario solicitar a la OPS, cada seis meses, los estuches de diagnóstico que cada país necesite. Al mismo tiempo, tiene que existir un stock suficiente que garantice la provisión de reactivos en caso de brotes.
- Los países deben garantizar la compra y distribución de viales plásticos con tapa rosca para el envío de las muestras a los laboratorios de diagnóstico.
- En cada país se debe dar seguimiento al intervalo de tiempo entre la fecha de toma de muestras y la fecha de recepción de las mismas en el laboratorio de diagnóstico.
- Se debe establecer un plan de supervisión periódico y de control de calidad de los laboratorios de la red nacional.
- Los países deben aplicar las pautas del manual de recolección y manejo de las muestras de laboratorio. Los laboratorios de referencia nacional deben proveer de medios de transporte viral (MTV) a todas las provincias o departamentos.

4. RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

La mayoría de los países reportaron la utilización de la vacuna triple viral (SRP) en los esquemas nacionales de vacunación; Paraguay y Bolivia introducirán la vacuna en el año 2000.

Brasil ha integrado la vigilancia de la rubéola con la del sarampión; los demás países utilizan el sistema de vigilancia de sarampión para detectar la circulación del virus de la rubéola.

Chile ha realizado una campaña exitosa de vacunación con rubéola a las mujeres de entre 10 y 29 años con el fin de prevenir el SRC, alcanzando coberturas del 98%. Para lograr este resultado se efectuó una campaña intensiva de comunicación social.

Recomendaciones:

- En las campañas de seguimiento para la erradicación del sarampión dirigida a los menores de 5 años, a realizarse en el presente año, se deben utilizar vacunas que contengan sarampión y rubéola.
- Los países que introdujeron la vacuna contra la rubéola deben vacunar a las mujeres en edad fértil para disminuir los susceptibles y prevenir el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). Desde el punto de vista operacional, se podría aprovechar para vacunar a las mujeres adultas, en oportunidades tales como post-parto, control prenatal, en el trabajo, o en la universidad, entre otras.
- Cada país debe establecer una política y estrategias específicas en materia de vacunación contra la rubéola:
 - Los países que deseen prevenir y controlar el SRC con impacto a corto plazo, deben llevar a cabo, lo más pronto posible, una campaña de vacunación masiva en las mujeres de 5 a 39 años; y
 - Los países que deseen prevenir y controlar la rubéola y el SRC con impacto a corto plazo deben llevar a cabo una campaña de vacunación masiva en las mujeres y hombres entre 5 y 39 años; al mismo tiempo tienen que mantener altas coberturas de vacunación en sus programas rutinarios.

- Todos los países deben implementar la vigilancia integrada de sarampión y rubéola. Para tal fin se han incorporado algunos datos elementales en la ficha de investigación y el MESS, como: información sobre embarazo y medidas que aseguren adecuado apoyo de laboratorio. Por otro lado, se debe implementar la vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita, adoptando las recomendaciones de definición y clasificación de caso de la XIII reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación.
- Se recomienda la toma de una sola muestra de sangre para la vigilancia general de rubéola y sarampión; ésta debe ser al primer contacto.
- Los países que presenten brotes de rubéola deben esforzarse en realizar esfuerzos para realizar aislamientos de virus para la identificación de los serotipos del virus que estén circulando en la Región.

5. MANTENIMIENTO DE LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

Aunque el continente americano se mantiene libre de la circulación del poliovirus salvaje, en la mayoría de los países se observa un deterioro de los indicadores de la vigilancia en el momento en que el peligro de importación del virus desde otros continentes es una amenaza real. Sólo Argentina y Chile cumplen con los indicadores de eficiencia de la vigilancia de PFA (Tabla 6).

En esta reunión los países plantearon las medidas que han tomado o las que van a tomar para cumplir con los indicadores, de tal manera que estén en condiciones de mostrar la adecuada calidad de la vigilancia ante la Comisión Global de Certificación de la Erradicación.

Se enfatizó la urgente necesidad de que se descarten todos los casos que tienen más de 10 semanas desde el inicio de la parálisis.

Recomendaciones:

- Considerar de alta prioridad la necesidad de cumplir con todos los indicadores de vigilancia de las PFA, de tal manera que ello sirva como evidencia de calidad ante la Comisión Global de Certificación de la Erradicación.
- Incorporar a las sociedades científicas y al sector privado en la tarea de detección de casos de PFA.
- Hacer de inmediato la clasificación final de todo caso que tenga más de 10 semanas desde su fecha de inicio.
- Los países necesitan mantener coberturas de vacunación del 95% con la vacuna oral contra la poliomielitis en el 80% de los distritos o áreas geopolíticas equivalentes. Los países que no alcancen estos niveles de cobertura deberían realizar por lo menos dos jornadas nacionales de vacunación.

6. INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONTRA *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO b

Se han realizado esfuerzos para introducir vacunas conjugadas contra Hib, seguras y de demostrada efectividad, dentro del esquema universal de inmunización de los niños menores de un año. Uruguay, Chile, Argentina y Brasil ya la introdujeron; Bolivia y Paraguay lo harán en el año 2000.

Recomendaciones:

- Disponer de vacunas combinadas basadas en DTP. Esto facilita la administración de múltiples antígenos, y disminuye el número de

inyecciones, de visitas a los centros de salud y la reticencia de los niños y padres. Así mejorarían las coberturas y el cumplimiento de los esquemas. Los países que incluyen en sus programas regulares vacunas DTP, Hib y hepatitis B deben considerar la introducción de vacunas compuestas de cuatro o cinco antígenos combinados.

- Monitorear e informar las coberturas de vacunación para estas nuevas vacunas.
- Establecer un sistema de vigilancia que permita demostrar el impacto de la vacunación con Hib; el mismo se implementará a través de vigilancia centinela para monitorear las meningitis y neumonías debidas a *H. influenzae* tipo b y los casos producidos por *S. pneumoniae* en niños menores de 5 años.
- Asegurar que cada país identifique un laboratorio de salud pública como centro de referencia y uno o varios hospitales con características adecuadas para la vigilancia (conocimiento de la población atendida, número de meningitis y neumonías, capacidad laboratorial, etc.), implementando el protocolo de vigilancia e incorporando la información clínica y laboratorial en una base de datos a ser suministrada por la OPS.
- Estandarizar la metodología de laboratorio y participar del sistema de control de calidad regional.
- Reportar en forma regular a la OPS los datos recolectados por el sistema de vigilancia para facilitar el intercambio de información entre países. La información permitirá hacer el seguimiento de la introducción de la vacuna de Hib en los países a la vez que recabar información clave para la formulación, justificación e introducción de las vacunas conjugadas contra neumococos una vez que éstas estén disponibles.

7. ELIMINACIÓN DEL TÉTANOS NEONATAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública ha avanzado notablemente en todos los países presentes en la reunión. La tarea debe focalizarse en los municipios de riesgo que ya han sido claramente identificados.

Ahora, que el número total ha disminuido notablemente pero aún aparecen casos aislados en algunos de los municipios, ha llegado el momento de refinar la estrategia, de tal manera que, mediante el análisis de cada municipio en fase de ataque, sea factible detectar dentro del mismo si existe o no un grupo poblacional o un área geográfica de mayor riesgo.

Recomendaciones:

- Efectuar una evaluación nacional para definir qué municipios permanecen en fase de ataque o pasan a la fase de mantenimiento.
- Analizar las condiciones epidemiológicas y sociales asociadas con los casos (migración, falta de vacunación, marginalidad, etc.), de modo que se pueda orientar la vacunación hacia los grupos o áreas de mayor riesgo y focalizar las acciones dentro de estos municipios en fase de ataque.

8. FIEBRE AMARILLA

En 1999, la situación epidemiológica de la fiebre amarilla (FA) en las Américas presenta características similares a las de los años anteriores. Hasta diciembre se habían reportado 213 casos de la forma selvática, la mayoría (96%) en Brasil, Perú y Bolivia. El perfil sociodemográfico de los casos confirmados mantiene el patrón clásico

de la forma selvática: varones con más de 15 años que trabajan en la selva.

El *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* continúan su proceso de diseminación por el continente, razón por la cual se debe dar prioridad a la implementación de las recomendaciones emanadas de las reuniones recientes dirigidas a la prevención de la FA selvática y de la reurbanización de la enfermedad en el continente americano. El reciente episodio ocurrido en Brasil, donde por lo menos 5 participantes de ecoturismo se infectaron en una zona epizoótica y enfermaron en diferentes ciudades infestadas por vector urbano de la enfermedad, ejemplifica el alto riesgo que hoy existe de reurbanización de la fiebre amarilla.

En la Región se han logrado avances. Mejoró la vigilancia epidemiológica y, en muchos países, los profesionales de la salud están informados del riesgo de la FA. En Bolivia, Brasil y Perú se ha establecido una rutina de investigación epidemiológica para FA cuando se identifica un caso sospechoso; casi todos los casos notificados en 1999 fueron confirmados por laboratorio.

En las Américas solamente Trinidad y Tobago y Guyana Francesa introdujeron la vacunación universal de niños. Brasil inició la puesta en marcha de esta estrategia en 17 de sus 27 estados. Perú, Bolivia y Venezuela están planeando implementar la vacunación universal de niños en este año. Brasil, Perú, Venezuela, Bolivia, Ecuador y Colombia lanzaron campañas de vacunación para otros grupos etáreos en las áreas de mayor riesgo.

Recomendaciones:

- Todos los países de área enzoótica deben introducir inmediatamente la vacunación universal de niños contra la FA. La vacuna debe ser suministrada junto con la vacuna contra el sarampión o MMR, incluso durante campañas de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión.

- Los países deben iniciar la vacunación de otros grupos etéreos en áreas enzoóticas, áreas contiguas infestadas por *Aedes aegypti*, así como áreas donde se originan las migraciones. Lo ideal es la vacunación realizada en el tiempo más corto posible. Los países con problemas de financiamiento o que se ven afectados por la falta de vacunas en el mercado internacional deben adoptar una estrategia alternativa de vacunación por etapas.
- Se debe implementar la vacunación de viajeros a zonas enzoóticas.
- Los países deben mantener un suministro de vacunas para hacer frente a situaciones de brotes.
- Para aumentar la sensibilidad en la detección de casos, los países deben implementar un sistema de vigilancia sindrómica (síndrome íctero-febril) por sitios centinelas. Por lo tanto, deben fortalecer la capacidad de diagnóstico para las otras enfermedades febriles ictéricas.
- Para superar la escasez actual de vacunas es necesario que todos los países preparen sus planes de vacunación con anticipación, con información sobre la necesidad de vacunas. Dichos planes deben ser enviados a la OPS para coordinar con los productores y países y así asegurar un suministro continuo y oportuno de vacunas. Es también imprescindible que los países aseguren los recursos necesarios para que se garantice su adquisición.
- En la planificación de futuras vacunaciones se debe usar la cobertura vacunal para analizar el cumplimiento de las metas y no el número de vacunas aplicadas o distribuidas que todavía se utiliza a veces.
- En los países que están fuera del área enzoótica pero infestados por el *Aedes aegypti*, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica de los síndromes febriles ictéricos.

9. HEPATITIS B

La hepatitis B es una enfermedad aguda y crónica, con distribución global. Se estima que en total hay más de 2 billones de infecciones pasadas o presentes, y aproximadamente 350 millones de portadores crónicos del antígeno de superficie. Muere más de un millón de personas cada año por causa de hepatitis crónica activa, cirrosis, y/o hepatocarcinoma. Solamente en las Américas, se calculan entre 140.000 y 400.000 nuevos casos anuales.

En las Américas, la endemidad más alta se encuentra en grupos indígenas, como los jíbaros de la cuenca amazónica, y los esquimales de Alaska. La epidemiología de la hepatitis B indica que en áreas de prevalencia baja e intermedia la transmisión ocurre mayormente en adultos de los siguientes grupos de riesgo: trabajadores de salud y otros (como técnicos de urgencias) expuestos a sangre, homosexuales varones, drogadictos (por inyectarse con jeringas usadas), heterosexuales con compañeros múltiples, personas con enfermedades de transmisión sexual, personas en diálisis y hemofílicos.

Recomendaciones:

- Se debe vacunar a los trabajadores de la salud expuestos a sangre y otras secreciones corporales.
- Las coberturas de vacunación deben ser examinadas en forma regular para dar prioridad a las áreas de baja cobertura. Dada la dificultad para evaluar el impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad, el monitoreo de los avances del programa debe hacerse con indicadores de proceso tales como cobertura y tasas de deserción y con estudios de prevalencia para la detección de infección asintomática por el HBV.

- Se debe establecer un sistema de vigilancia integrada del síndrome icterico-febril, que incluya enfermedades como leptospirosis, malaria, hepatitis viral, fiebre amarilla y dengue.
- Para determinar los modos de transmisión y el peso de la enfermedad, la vigilancia es fundamental. Las fuentes de datos pueden ser sitios centinelas, como hospitales, clínicas públicas y del sector privado, bancos de sangre.
- Los países que han introducido las vacunas contra Hepatitis B y *Haemophilus Influenzae* tipo b, deben considerar el uso de vacunas combinadas (DTP+HB, o DPT+Hib, DPT+HB+Hib).

10. OTROS TEMAS Y RECOMENDACIONES GENERALES

Evaluación del Programa Nacional de Inmunizaciones

Entre 1997 y 1999 se han evaluado los Programas de Inmunizaciones en 11 países de América Latina, con el objetivo de determinar la capacidad instalada y las necesidades de cada Programa, para que responda a los desafíos de control y erradicación de enfermedades, a la introducción de otras vacunas en el esquema nacional de vacunación, y a los procesos de reforma de los sistemas de salud.

Entre los hallazgos principales de las evaluaciones se destacan el reconocimiento político y social de los beneficios de la vacunación y el reconocimiento de los logros del programa: altas coberturas de vacunación alcanzadas y disminución en la morbimortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas, así como fortalecimiento de los servicios desde el nivel local para la implementación de estrategias preventivas.

Por otra parte, en el proceso de descentralización y reforma del sistema de salud no están claramente definidas las competencias y responsabilidades de cada nivel para la gestión del Programa y la

coordinación con otras instituciones prestadoras de servicios de vacunación. El proceso de descentralización y reforma necesita una alta capacidad gerencial de los responsables del PAI a todo nivel, incluyendo mayor capacidad de coordinación intersectorial, lo cual aún no se ha obtenido.

Además, para el monitoreo de los avances de la descentralización y reforma no se utilizan los indicadores de proceso e impacto del Programa en forma sistemática.

Otras falencias observadas son: no se hace análisis adecuado de la información para focalizar áreas de mayor riesgo; se brinda poca capacitación; la supervisión y la retroalimentación son insuficientes.

Recomendaciones:

- Dentro de la reforma del sistema de salud, la vacunación debe continuar siendo una responsabilidad esencial del Estado.
- Es necesario asegurar la reglamentación del Programa como una prioridad nacional. Se debe garantizar la sostenibilidad gerencial y financiera del Programa de Inmunizaciones. Los gobiernos tienen que establecer mecanismos claros para la transferencia y gerencia de los recursos financieros en el nivel local, evitando interrumpir las actividades de vacunación y vigilancia, y respondiendo oportunamente a situaciones de emergencia.
- Se debe establecer por ley la creación de una línea presupuestaria específica para el financiamiento de los costos recurrentes – vacunas y jeringas del Programa Nacional de Inmunización (Ley de vacunas)–.
- En el nivel local hay que fortalecer la capacidad gerencial y de análisis, promoviendo el uso permanente de los indicadores del Programa como trazadores del avance del proceso de reforma.

- En el monitoreo del proceso de reforma del sector salud y de la descentralización, así como en los acuerdos de gestión con el nivel departamental y local, se deben utilizar los indicadores del PAI.

Seguridad de la vacunación

Si bien la inmunización fue un importantísimo logro de la salud pública en los últimos doscientos años, en la actualidad la vacunación ha sido objeto de intensos debates públicos, sobre todo en los últimos años. Hay ocasiones en las que la reacción pública frente a estos debates pone en peligro los Programas Nacionales de Inmunización.

- Los Programas Nacionales de Inmunización deben establecer mecanismos adecuados para:
 - informar, investigar y analizar los eventos adversos que se atribuyan a las vacunas;
 - tomar medidas que permitan corregir cualquier problema identificado por la investigación;
 - comunicarse eficiente y eficazmente con la comunidad, trabajadores y profesionales de la salud y con los medios de difusión;
 - enseñar a los trabajadores de la salud a reconocer los incidentes que pueden estar relacionados con las vacunas;
 - informar a los padres sobre las enfermedades prevenidas por las vacunas y los efectos comprobados de la vacunación.
- Tan pronto se atribuya cualquier incidente a una vacuna, el trabajador de salud deberá informar e investigar de inmediato todo evento serio, así como los rumores y aquellos eventos que ocurran en grupos de personas o que sean atribuidos al programa.
- Hasta la finalización de la investigación no será posible determinar las causas de los eventos. Las medidas a tomar se basarán en las

conclusiones de la investigación, que tendrá uno de los siguientes resultados:

- El incidente definitivamente no está relacionado con la vacunación.
- El incidente está relacionado con la vacunación:
 - está relacionado con el Programa;
 - está relacionado con la vacuna.
- La investigación no es concluyente.

Concluida la investigación, los resultados deben notificarse a las partes interesadas. Para ello será necesaria una comunicación clara y la difusión de información a los padres, la ciudad, el estado, las autoridades normativas, las autoridades sanitarias, las asociaciones profesionales o el país en su totalidad, con inclusión de los medios de comunicación de masas cuando sea apropiado.

La Organización Panamericana de la Salud podrá ayudar al Programa Nacional de Inmunización en la investigación y el análisis de los resultados.

Calidad de la información

Se discutió la necesidad de garantizar la calidad de la información, tomando en cuenta que la misma tiene como propósito principal orientar la toma de decisiones.

Al respecto, se hizo notar que la responsabilidad primaria recae en el gerente nacional del Programa Nacional de Inmunizaciones, quien deberá establecer mecanismos de control de calidad y de retroalimentación, tanto en la información que recibe del interior del país como en la que es publicada.

Recomendaciones:

- Efectuar auditorías de calidad de la información, de tal manera que la red nacional sepa que la misma está siendo objeto de evaluación.
- El gerente del PAI debe hacer seguimiento periódico de la información publicada, tanto en el ámbito nacional como internacional.
- La búsqueda activa es un mecanismo para evaluar la calidad y cobertura del sistema de vigilancia epidemiológica.

**NOVENA REUNION DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR
VACUNACION EN EL CONO SUR
Buenos Aires 26 y 27 del 2000**

Tabla 1

**COBERTURAS DE VACUNACION EN EL CONO SUR
1999**

PAIS	VOP3	DPT3	ANTISARAMPION	CG
ARG*	85	79	91*	100
BOL	85	85	98	93
BRA	93	88	93	100
CHI#	44	44	43	42
PAR	74	77	72	87
URU	91	91	89	99

*Datos provisionales a Octubre 1999
#datos primer semestre 1999

Tabla 2

**NUMERO Y PORCENTAJE DE MUNICIPIOS POR NIVEL DE COBERTURA CON VACUNA
ANTISARAMPIONOSA EN NIÑOS DE UN AÑO**

PAIS	< 90	%	> 90	%
ARG		10*		
BOL	59	18	255	82
BRA	3239**	59	2269**	41
CHI	nd	nd	nd	Nd
PAR	145	66	76	34
URU	27	10	242	90

*población en riesgo
**mayor o menor de 95%

Tabla 3

**CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPION POR PAIS
CONO SUR 1998-1999**

PAIS	1998	1999		
		CLINICA	LABORATORIO	TOTAL
ARG	10229	0	247	247
BOL	1004	174	1268	1442
BRA	2930	401	355	756
CHI	6	1	30	31
PAR	70	0	0	0
URU	5	0	34	34
TOTAL	14244	576	1934	2510

*Pendiente de clasificación, probablemente nexo

Tabla 4
INDICADORES DE VIGILANCIA DE SARAMPION 1999

CRITERIOS	ARG	BOL	BRA	CHI	PAR	URU
% Unidades que informan semanal	85	95	82	80	78	24
% de sitios que reportan por lo menos 1 caso sospechoso al año	100	nd	nd	100	23	nd
% de casos sospechosos investigados <48 de notificados	94	99	85	87	98	100
% de casos sospechosos con investigación completa	nd	nd	Nd	100	25	100
% casos con muestra adecuada	100	88	38	100	80	100
% muestras con resultado < 7 días	100	92	nd	81	66	100

nd: no disponible

Tabla 5
Campañas de Seguimiento

PAIS	ANO ULTIMA CAMPANA MASIVA	Fecha próxima Campana
ARG	1998	2001
BRA	1997	2000
BOL	1999	2000
CHI	1996	2000
PAR	1998	2001
URU	1998	2002

Tabla 6
INDICADORES DE VIGILANCIA DE PFA, 1999

PAIS	80% UN SEMANALMENTE	80% DE CASOS INVESTIGADOS <48 HORAS	UNA MUESTRA ADECUADA DE HECES EN EL 80% DE LOS CASOS	TASA DE PFA < 15 ANOS
ARGENTINA	100	100	82	1.02
BOLIVIA	95	73	67	1
BRASIL	82	85	48	0.6
CHILE	71	95	90	2.7
PAR	78	72	61	0.84
URU	24	100	100	0.5