



Visión y estrategia mundial de inmunización

Informe de la Secretaría

1. Se calcula que la inmunización previene 2,5 millones de muertes al año en todos los grupos de edad. En 2009, unos 107 millones de lactantes fueron vacunados con tres dosis de la vacuna difteria/tos ferina/tétanos. A pesar de ese logro sin precedentes, cerca de 1,5 millones de niños continúan muriendo de enfermedades prevenibles con vacunas, lo que representa casi un 20% de los 8 millones de defunciones de niños menores de cinco años que se registran al año.

2. En su resolución WHA58.15, adoptada en 2005, la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud acogió con agrado la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización. En 2008, tras examinar los progresos en la aplicación de dicha resolución, la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA61.15, instó a los Estados Miembros a continuar adoptando medidas para llevar a la práctica la estrategia mundial de inmunización, y pidió a la Directora General que la informara sobre los progresos realizados. Este informe se presenta en respuesta a esa solicitud.

INMUNIZACIÓN SISTEMÁTICA

3. Entre 2000 y 2009, la cobertura mundial de inmunización aumentó de un 74% a un 82%; se registraron mejoras en las Regiones de África (+16%), el Mediterráneo Oriental (+12%) y el Pacífico Occidental (+10%), mientras que en la Región de las Américas y la Región de Europa las tasas correspondientes se mantuvieron altas.

4. Uno de los objetivos de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización 2006-2015 es que los países alcancen al menos una cobertura de inmunización de un 90% a nivel nacional, y de un 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente para 2010. En 2009, 122 Estados Miembros habían alcanzado una cobertura nacional del 90%. Los progresos lentos o nulos en algunos países con grandes cohortes de nacimiento afectan a la tasa de cobertura mundial. Se calcula que en 2009 más de 23 millones de lactantes no recibieron tres dosis de la vacuna difteria/tos ferina/tétanos antes de cumplir un año; casi dos terceras partes de esos niños (62%) vivían en seis países (Etiopía, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo). Además, se calcula que la cobertura fue inferior a un 80% en 36 países, y que en otros seis (Chad, Gabón, Guinea Ecuatorial, Nigeria, Palau y Somalia) no llegó a alcanzar un 50%. No todos los países notifican las tasas de cobertura a nivel subnacional, por lo que es difícil medir el segundo componente del objetivo. Únicamente 48 de los 143 Estados Miembros que dieron a conocer las tasas a nivel de distrito habían logrado la meta del 80% de cobertura.

5. Según un examen realizado en 2009, la actitud y los conocimientos de los progenitores, así como las características de la familia, eran los principales elementos que influían en si un niño recibía todas las vacunas, algunas de ellas o ninguna; además, la tasa del 44% correspondiente a los niños que no recibían todas las vacunas era atribuible a fallos en el propio sistema de inmunización. Esas conclusiones ponen de relieve la necesidad de continuar reforzando el sistema de prestación de atención sanitaria y de tratar las cuestiones relacionadas con la vacunación que preocupan a los padres y el problema de la falta de conocimientos de estos sobre los beneficios de la inmunización.

6. Cada vez está cobrando más importancia la vacunación de grupos distintos de los lactantes (por ejemplo, niños en edad preescolar, adolescentes y trabajadores sanitarios) para ampliar los beneficios de la vacunación. Para llegar a esos grupos es necesario diseñar nuevas estrategias (como programas escolares) y ampliar los servicios actuales (por ejemplo, vacunación de los neonatos contra la hepatitis B).

INICIATIVAS DE LUCHA ACELERADA CONTRA ENFERMEDADES

Erradicación de la poliomielitis - optimismo moderado

7. En respuesta a la solicitud formulada por la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA61.1, se ha desarrollado una nueva estrategia para lograr la erradicación completa de la poliomielitis. El texto en cuestión se basa en las conclusiones de una evaluación independiente, en los resultados de ensayos clínicos de nuevas formulaciones vacunales y en evaluaciones en los países de procedimientos operacionales innovadores. Al mes de octubre de 2010, la ejecución del nuevo plan había dado lugar a la disminución, en un 98% y un 90% respectivamente, de los casos notificados en Nigeria y la India, con respecto a las cifras correspondientes a 2009, y los grandes brotes de África occidental y el Cuerno de África se habían cortado en su mayoría. No obstante, sigue habiendo retos por superar, especialmente en el Pakistán, donde las devastadoras inundaciones han dificultado la aplicación de la estrategia y favorecido la propagación de poliovirus, y en el Afganistán, Angola y la República Democrática del Congo.

Reducción de la mortalidad por sarampión - un importante logro en peligro

8. La mortalidad mundial atribuible al sarampión disminuyó un 78% entre 2000 y 2008, pues se calcula que pasó de unas 733 000 defunciones a 164 000. Salvo la Región de Asia Sudoriental, todas las regiones han alcanzado el objetivo mundial fijado para 2010 de reducir la mortalidad por sarampión en un 90% con respecto a las cifras de 2000. Además, la eliminación del sarampión se mantiene en la Región de las Américas desde 2002, y en las Regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se están adoptando importantes medidas para lograr los objetivos de eliminación del sarampión para el año 2015. Esos progresos animaron a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud a tomar nota de los objetivos mundiales acerca del sarampión fijados para 2015¹ como hitos de cara a la erradicación del sarampión.

¹ Sobrepassar el 90% de cobertura de la primera dosis de vacuna antisarampionosa a escala nacional y sobrepassar el 80% de cobertura de vacunación en cada distrito; reducir la incidencia anual de sarampión a menos de cinco casos por millón de habitantes y mantener ese nivel, y reducir un 95% o más la mortalidad por sarampión, en relación con las cifras calculadas para el año 2000.

9. Sin embargo, los grandes brotes de sarampión registrados recientemente en el sur de África y la persistencia de un elevado número de defunciones en la India ponen de relieve la urgencia de contar con el apoyo político indispensable y los fondos necesarios para mejorar la cobertura de la inmunización sistemática con dos dosis de la vacuna antisarampionosa, llevar a la práctica las actividades suplementarias de inmunización y mantener una vigilancia de gran calidad con apoyo de laboratorio en los 50 países en que la carga de morbilidad por sarampión es alta.¹

10. Esas actividades de lucha acelerada y eliminación de las enfermedades ofrecen una oportunidad única de reforzar y mantener la contribución general de los programas de inmunización al logro del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Reducir la mortalidad de los niños).

MAYOR REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ CON NUEVAS VACUNAS

Progresos insuficientes

11. La introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b en los países en desarrollo se ha acelerado en los últimos años gracias al apoyo de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Sin embargo, en 2009 la tasa mundial de cobertura con tres dosis de la vacuna se situaba en un 38%. Unos 35 Estados Miembros, incluidos cuatro países con grandes cohortes de nacimiento (China, India, Indonesia y Nigeria), no han introducido aún esa vacuna en su calendario de inmunización sistemática.

12. Los progresos en la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada y las vacunas contra rotavirus han sido lentos: 42 y 23 países, respectivamente, las han introducido; además, sólo un 11% de la cohorte de nacidos vivos a nivel mundial en 2009 vive en un país en que alguna de esas dos vacunas está disponible a nivel nacional. La reciente adopción del compromiso anticipado de mercado para promover el desarrollo y la producción de vacunas antineumocócicas conjugadas contribuirá a acelerar su incorporación en países elegibles para recibir apoyo de la Alianza GAVI. Dicho compromiso ha permitido garantizar hasta 60 millones de dosis anuales de vacuna antineumocócica conjugada durante un periodo de 10 años a un precio de partida de US\$ 7,00 por dosis, que caerá a un nivel máximo de US\$ 3,50 una vez se hayan agotado los fondos correspondientes al compromiso anticipado de mercado.

Novedades

13. Se acaban de introducir en 26 países dos vacunas contra el papilomavirus humano recientemente autorizadas. En la India se está produciendo la primera vacuna antineumocócica conjugada para el grupo A, que ha sido precalificada por la OMS en 2010. Esta vacuna se desarrolló en el marco de una alianza publicoprivada y el costo por dosis es de US\$ 0,50; en septiembre de 2010, Burkina Faso, Malí y Níger comenzaron a utilizarla en gran escala.

¹ Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gabón, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Timor-Leste, Togo, Uganda, Viet Nam, Yemen, Zambia, y Zimbabwe.

Numerosos retos pendientes

14. La lenta incorporación de esas nuevas vacunas obedece a una conjunción de problemas y factores, entre los que cabe destacar los siguientes:

i) Los precios siguen siendo un importante obstáculo. Aunque se han registrado algunos progresos (como la pequeña reducción del precio de las combinaciones vacunales que contienen antígeno de *H. influenzae* de tipo b y el impacto del compromiso anticipado de mercado en el precio de la vacuna antineumocócica conjugada), hay que seguir haciendo esfuerzos para que esas vacunas sean más asequibles para los países de ingresos bajos y medios.

ii) Sólo 89 Estados Miembros han notificado haber establecido un grupo consultivo técnico nacional sobre inmunización, que debería permitir a los Estados Miembros adoptar decisiones basadas en pruebas científicas sobre el establecimiento de prioridades con respecto al uso de las nuevas vacunas disponibles.

iii) En la mayoría de los países en desarrollo, la capacidad de la infraestructura logística disponible en estos momentos, su gestión y la preparación del personal a cargo de ella no son las adecuadas para manejar debidamente la introducción de nuevos antígenos y llegar a nuevos grupos objetivos.

iv) Las noticias de medios de comunicación, la interpretación errónea de datos y la desinformación sobre eventos adversos posvacunales han hecho que se retrase la introducción de nuevas vacunas e incluso que se suspenda el uso de estas en varios países.

SINERGIAS CON OTROS PROGRAMAS DE SALUD EN EL MARCO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

15. Las actividades de difusión e inmunización sistemática están favoreciendo cada vez más la prestación de servicios integrados de atención primaria de salud, incluso en lugares aislados. En total, 101 Estados Miembros han informado de jornadas dedicadas a la salud de los niños y semanas de inmunización, en las que se han proporcionado suplementos nutricionales (por ejemplo, vitamina A), mosquiteros y medicamentos antihelmínticos, se ha supervisado el crecimiento y se ha fomentado la lactancia materna.

16. Dada la eficacia de las nuevas vacunas, se están desarrollando estrategias globales de prevención y control, como el Plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía,¹ que tiene por objeto proteger, prevenir y proporcionar tratamiento. Este plan de acción se está ampliando para que abarque estrategias similares de lucha contra la diarrea. Asimismo, la introducción de la vacuna contra el papilomavirus humano ofrece la oportunidad de que haya colaboración entre los programas de inmunización y salud reproductiva y se amplíe la prevención de la infección por papilomavirus humano mediante actividades de vacunación y mediante programas de detección y tratamiento.

¹ Documento WHO/FCH/CAH/NCH/09.04.

17. Las deficiencias subyacentes de los sistemas de salud en muchos países son uno de los principales factores que impiden hacer progresos. La capacidad de los sistemas sanitarios para funcionar adecuadamente a menudo se ve limitada por una falta de compromiso político y financiero, por la escasez de conocimientos de gestión y por unos sistemas de vigilancia e información deficientes. A todo ello se añade una enorme escasez de trabajadores sanitarios, debida a las elevadas tasas de enfermedad y defunción y a la pérdida de trabajadores de salud, que aceptan empleos mejor remunerados en otros países.

18. Cuando los sistemas de salud no funcionan bien, es difícil garantizar la equidad en el acceso a la vacunación y, por ende, a menudo existen grandes diferencias en cuanto a la cobertura.

19. Para que los beneficios de la inmunización se repartan equitativamente dentro de los países es necesario aplicar diversas estrategias, como la destinada a llegar a todos los distritos, en la que el distrito es el objetivo principal y cuya finalidad es mejorar la equidad en el acceso a la vacunación centrándola en las poblaciones a las que es difícil llegar.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

20. Desde el establecimiento del Programa Ampliado de Inmunización, se ha destacado la importancia fundamental de la vigilancia de las enfermedades. Ahora bien, hay que seguir reforzando esa labor y ampliándola para que se ajuste al aumento de la cobertura y a la introducción de nuevas vacunas.

21. Tomando como ejemplo las redes exitosas de vigilancia de la poliomielitis y el sarampión, la OMS está coordinando actualmente una red de centros centinelas que llevan a cabo actividades de vigilancia de enfermedades bacterianas invasivas y de diarreas por rotavirus. Esa red abarca a 46 países de ingresos bajos.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO Y PRODUCCIÓN DE VACUNAS EN PAÍSES EN DESARROLLO

22. El actual nivel de producción de vacunas de calidad garantizada no basta para satisfacer las necesidades de salud pública, y la OMS continúa asesorando a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas sobre la aceptabilidad de vacunas que prevén adquirir. Esta precalificación ofrece la garantía de que las vacunas experimentales se ajustan a las recomendaciones de la OMS en materia de calidad, seguridad y eficacia, en particular de que se aplican las prácticas adecuadas de fabricación y las buenas prácticas clínicas recomendadas por la OMS, y de que se siguen las especificaciones definidas por la organización de las Naciones Unidas de que se trate. En 2009 fueron precalificadas 10 vacunas de 26 fabricantes, algunas de ellas de siete países con economías emergentes (Brasil, Bulgaria, Cuba, Federación de Rusia, India, Indonesia y Senegal).

23. Con el fin de garantizar el acceso a tecnologías esenciales para el desarrollo de vacunas, se han creado dos centros de excelencia. Uno de ellos, radicado en el Instituto de Vacunas de los Países Bajos, proporciona tecnología para la producción de vacunas contra la gripe, y el otro, en la Universidad de Lausana (Suiza), ofrece acceso a conocimientos especializados sobre coadyuvantes y formulación de vacunas.

24. En los últimos años, el Programa Africano de Vacuna contra el Sida ha facilitado el desarrollo de planes nacionales sobre vacunas contra el VIH en varios países del continente, con el fin de reforzar la capacidad de los investigadores africanos en el ámbito de la investigación biomédica y las normas éticas. Asimismo, el Programa ha hecho tomar conciencia de la necesidad de respaldar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas contra el VIH en África.

SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN

25. La identificación de los países con los programas de inmunización es fundamental para la sostenibilidad de estos a largo plazo. En el periodo 2000-2008 se registró un crecimiento moderado de la proporción global de fondos públicos asignados a programas de vacunas e inmunización, y un número cada vez mayor de países fue incluyendo una partida para vacunas en su presupuesto. En 2000, el gasto total anual en actividades de inmunización en los países de ingresos bajos se situaba por término medio en US\$ 6,00 por cada nacido vivo. En 2010, el costo total de la inmunización con vacunas tradicionales del Programa Ampliado de Inmunización y con vacunas contra la hepatitis B y *H. influenzae* de tipo b probablemente llegará a ser de US\$ 18,00 por cada nacido vivo. Cabe prever que la expansión de la cobertura vacunal con nuevas vacunas a los niveles necesarios para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio y las metas de la estrategia mundial de inmunización aumentará ese costo a más de US\$ 30,00 por nacido vivo.

2011-2020: EL DECENIO DE LAS VACUNAS

26. Tras reconocer que las intervenciones existentes podrían evitar más muertes y casos de discapacidad, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Fundación Bill y Melinda Gates y otros asociados se han comprometido a dedicar el decenio 2011-2020 al logro de los objetivos de inmunización y a alcanzar hitos en la esfera de la investigación y el desarrollo. Las primeras deliberaciones se han centrado en el establecimiento de un proceso de colaboración para elaborar un plan de acción mundial con cuatro componentes esenciales:

- i)* aumento del apoyo del público al uso y la financiación de las vacunas; este componente requerirá promover la toma de conciencia del público sobre la costoeficacia de la inmunización, aportar argumentos sólidos para rebatir las opiniones erróneas difundidas por los escépticos con respecto a la vacunación y movilizar a amplios grupos de interesados para conseguir un incremento sustancial y sostenido de la financiación en los países donantes y los receptores;
- ii)* ampliación del alcance de los programas de inmunización, para garantizar que todas las personas en situación de riesgo, en particular los niños, se beneficien de la protección de las vacunas, independientemente de donde vivan;
- iii)* mantenimiento de programas sólidos de investigación y desarrollo para obtener nuevas vacunas y tecnologías asociadas y para conseguir más rápido vacunas de segunda generación;
- iv)* estudio de posibles estrategias para garantizar un acceso mundial a vacunas asequibles y poder atender a la creciente demanda generada por la mejora de los sistemas de vacunación y por los mercados emergentes. Para ello serán necesarios la colaboración con el sector privado, en particular con los productores de países con economías emergentes y la industria de la biotecnología, y el establecimiento de programas innovadores de financiación e incentivos.

27. El componente de actividades de vacunación del plan de acción (sección *ii*) *supra*) tendrá fundamentalmente como finalidad prolongar y ampliar la estrategia mundial de inmunización más allá de 2015 y sus objetivos acordados, garantizando que se apliquen las enseñanzas extraídas desde 2005 y que se corrijan las principales deficiencias observadas, a fin de sacar el máximo partido de la inmunización. Este componente se ultimaré en los próximos meses y será sometido a la consideración de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

28. Se invita al Consejo a tomar nota del presente informe.

= = =