



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de junio de 2007

Punto 4.3 del orden del día provisional

CE140/8 (Esp.)

15 mayo 2007

ORIGINAL: INGLÉS

ELIMINACIÓN DE LA RUBÉOLA Y DEL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LAS AMÉRICAS: INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS

Antecedentes

1. La iniciativa de eliminación de la rubéola en las Américas se puso en marcha después de que la vigilancia para la eliminación del sarampión destacara claramente que la rubéola y el síndrome de rubéola congénita eran un importante problema de salud pública en el continente americano.
2. La disponibilidad de una vacuna segura, asequible y eficaz, las enseñanzas extraídas de la vacunación de grupos de población amplios y heterogéneos con la vacuna contra el sarampión y la rubéola, y los datos existentes sobre el costo-beneficio y la costo-efectividad, impulsaron al Consejo Directivo de la OPS (2003) a aprobar la resolución CD44.R1, que propugna la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas para 2010. Se instó a los países a que elaboraran planes de acción para alcanzar dicha meta de eliminación y se solicitó a la Directora de la OSP que elaborara un plan de acción regional para movilizar los recursos necesarios a fin de apoyar la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita y de garantizar su sostenibilidad. En 2006, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD47.R10, que reafirmaba la iniciativa de eliminación de la rubéola como una prioridad para la Región. El Consejo reconoció que era preciso que los Estados Miembros y sus asociados para el desarrollo realizaran un esfuerzo sostenido para alcanzar la meta de la eliminación.

Estrategia para la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita

3. La estrategia de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita de la OPS implica: utilizar vacunas que contengan el virus de la rubéola, como la vacuna

triple vírica (contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola [SPR]) en el programa de vacunación infantil ordinaria, y alcanzar una cobertura >95% en todos los municipios; llevar a cabo campañas de seguimiento periódicas con la vacuna contra el sarampión y la rubéola; realizar una campaña masiva única dirigida a adolescentes y adultos (hombres y mujeres); integrar la vigilancia del sarampión y de la rubéola; e implantar la vigilancia del síndrome de rubéola congénita.

4. Lograr una amplia cobertura con vacunas que contengan el virus de la rubéola en el programa de vacunación de rutina, junto a campañas de seguimiento periódicas contra el sarampión y la rubéola, garantiza un grado elevado de inmunidad en la población. Una campaña de vacunación masiva única dirigida a los adolescentes y adultos (hombres y mujeres) pretende reducir de manera rápida las poblaciones susceptibles, al evitar el desplazamiento de la carga de morbilidad hacia los adultos jóvenes susceptibles, en particular a las mujeres en edad fecunda.

5. Una vigilancia epidemiológica integrada y de calidad del sarampión y la rubéola, incluida la confirmación de los casos mediante pruebas de laboratorio, es un elemento fundamental para documentar la eliminación de la rubéola y del sarampión en las Américas. Además, pueden usarse datos epidemiológicos moleculares para confirmar la eliminación de la rubéola. Por último, se recomienda la vigilancia a fin de identificar a los lactantes en quienes se sospecha el síndrome de rubéola congénita.

Adelantos en el camino hacia la eliminación de la rubéola

6. Los países de la Región han mostrado un progreso notable en lo que respecta a la interrupción eficaz de la transmisión endémica del virus de la rubéola. Esto ha sido posible gracias a los esfuerzos continuados de los Estados Miembros y a la dedicación continua de la comunidad internacional. Los trabajadores de salud y los voluntarios han contribuido aún más a este éxito. La OPS agradece sinceramente a estas personas y organizaciones colaboradoras su inestimable contribución al avance significativo para alcanzar la meta de la eliminación de la rubéola.

7. Antes de 1990, sólo 6 de los 44 países y territorios de la Región incluían la vacuna contra la rubéola en sus programas de vacunación infantil de rutina. Hoy en día, alrededor de 99% de las nuevas cohortes de nacimiento de las Américas tienen acceso a la vacuna triple vírica. Todos los países salvo Haití han introducido la vacuna triple vírica en sus programas de vacunación regular; se prevé que Haití la incorporará en su programa de vacunación de rutina de los niños menores de 1 año después de su campaña de 2007.

8. En diciembre de 2006, 40 países (91%) y territorios (lo que supone el 90% de la población de la Región) habían aplicado estrategias de vacunación, logrando una

cobertura de 95% o más. De 1998 a 2006, la Argentina, Bolivia, el Brasil (solo mujeres), Chile (solo mujeres), Colombia, Costa Rica, la República Dominicana, el Ecuador, El Salvador, el Caribe de habla inglesa, Honduras, México (subnacional), Nicaragua, el Paraguay, el Perú y Venezuela (solo cohortes de jóvenes) llevaron a cabo campañas de vacunación masiva de adultos (hombres y mujeres) a fin de interrumpir rápidamente la transmisión del virus de la rubéola y prevenir el síndrome de rubéola congénita. Cinco países todavía no han realizado o concluido las campañas masivas de eliminación de la rubéola en 2007: Bolivia (niños), Guatemala, Haití, México (resto del país) y Venezuela (adultos). El Brasil llevará a cabo una campaña (hombres y las restantes cohortes susceptibles) en 2008. En conjunto, más de 108,5 millones de hombres y mujeres (niños y adolescentes) se han vacunado contra el sarampión y la rubéola en el contexto de la labor de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Cuando culminen las campañas programadas para 2007, otros 47,5 millones de personas estarán protegidas contra la rubéola y el sarampión, sin contar la campaña final en el Brasil.

9. Entre los elementos fundamentales que posibilitan las campañas de vacunación masiva de gran calidad se encuentran: un elevado grado de compromiso y participación políticos; una sólida comunicación social; una intensa movilización social y microplanificación local para garantizar la plena participación comunitaria; y la participación de las sociedades científicas, otros agentes sociales y los medios de información. El apoyo técnico oportuno y sostenido de la OPS ha contribuido a la realización de campañas de calidad en la Región.

10. La gran cobertura vacunal obtenida mediante la vacunación de rutina y la realización de campañas de vacunación complementarias ha reducido extraordinariamente la incidencia de rubéola. El número de casos confirmados de rubéola disminuyó en un 98,5% entre 1998 y 2006 (de 135.947 a 2.078¹) y el número de casos confirmados del síndrome de rubéola congénita pasó de 23 en 2002 a 5 en 2006². La repercusión en la reducción de la incidencia de rubéola ha sido mayor en los países que vacunaron a hombres y mujeres en sus campañas.

11. Además de interrumpir la transmisión de la rubéola, las campañas de vacunación masiva han contribuido enormemente a consolidar la eliminación del sarampión. Los 345 casos de sarampión (salvo uno) que se han notificado en las Américas desde 2005² han tenido lugar en países que todavía no habían realizado o concluido una campaña de vacunación masiva contra el sarampión y la rubéola en adolescentes y adultos.

12. Actualmente, los países de América Latina y del Caribe están usando los siete indicadores de desempeño recomendados por la OPS para monitorear la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola. En 2006, 99% de los casos sospechosos notificados

¹ Datos preliminares de la semana epidemiológica 52, 2006.

² Datos preliminares de la semana epidemiológica 15, 2007.

se descartaron después de realizar pruebas de laboratorio. Antes de aplicar la estrategia de eliminación, menos de 20% de los casos de rubéola se confirmaron mediante pruebas de laboratorio o por su vinculación epidemiológica. El desempeño regional en dos de los indicadores recomendados fue deficiente en 2006; el porcentaje de casos en los que se realizó una investigación adecuada fue apenas del 79%, y solo 59% de las muestras llegaron al laboratorio en el plazo de cinco días.

13. Veintiún laboratorios nacionales y 124 laboratorios subnacionales forman parte de la Red de Laboratorios para el Sarampión y la Rubéola, que realizan pruebas serológicas de calidad para estas enfermedades. En 2005-2006, se analizaron 75.000 muestras en toda la red. La mejora de la detección vírica ha permitido conocer mejor los genotipos del virus de la rubéola endémica en la Región. El genotipo más frecuente es el 1C, seguido por el 1E. Los genotipos 1g y 2b se han vinculado a casos importados en las investigaciones epidemiológicas. Sin embargo, es preciso acelerar la obtención de muestras para la detección vírica, a fin de obtener muestras para definir los datos genéticos iniciales del virus de la rubéola en la Región.

14. En 1998, tan sólo 18 (41%) países y territorios notificaron los casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; en el 2003 se alcanzó el 100% de los países. En 2005, los países comenzaron a notificar semanalmente los casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita. En 2006, se notificaron 617 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita, 5 de ellos confirmados¹, lo que supone una reducción respecto a 2005, año en el que se notificaron 1.952 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita y 20 casos confirmados. Actualmente, se están identificando mejores prácticas de salud pública para mejorar la vigilancia del síndrome de rubéola congénita al nivel de atención primaria, con el fin de fortalecer la capacidad de diagnosticar anomalías congénitas en los servicios de salud y garantizar el examen por parte de expertos de los casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita. Se ha hecho hincapié en la colaboración interprogramática con redes regionales como el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/WR) y el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) para la vigilancia del síndrome de rubéola congénita.

Implicaciones presupuestarias, alianzas y movilización de recursos

15. Tras la resolución del Consejo Directivo de 2003, se calculó que la puesta en marcha de la iniciativa de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita costaría US\$ 210 millones (2003-2010). Esto incluía la asignación de aproximadamente \$35 millones (17% del total) de los presupuestos ordinarios de la OPS y la OMS combinados con fondos extrapresupuestarios. Estos recursos complementarían los \$175 millones (83%) que se calcula que invierten los programas nacionales de vacunación en actividades relacionadas con la vigilancia, los laboratorios, la vacunación suplementaria

(campañas de seguimiento y campañas masivas únicas en adultos), la supervisión, la movilización social, la capacitación, la investigación, la evaluación de programas y la documentación de la eliminación de la rubéola.

16. Es importante destacar que durante la etapa previa a la eliminación (control acelerado de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita), entre 1998 y 2003, algunos países pioneros —como los del Caribe de habla inglesa, Chile, Costa Rica, el Brasil y México— invirtieron \$110 millones.

17. Desde 2003 hasta diciembre de 2006, se han invertido \$100,4 millones en la iniciativa regional. Esto incluye \$76,5 millones aportados por los países y \$1,3 millones adicionales procedentes de los presupuestos ordinarios de la OPS y la OMS. Los socios de la OPS, los proveedores de vacunas y las organizaciones no gubernamentales han contribuido con \$22,6 millones. Estos fondos han sufragado los costos de la vigilancia, las campañas, la capacitación, la evaluación y la investigación asociados a las actividades de eliminación.

18. Durante el período 2007-2010, se requerirán \$112,5 millones adicionales para completar las campañas de vacunación antirrubéolica, incluidas las campañas en el Brasil y México, y para mantener y fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en la Región. Se espera que un total de \$95,5 millones (85%) sea cubierto por el financiamiento de los gobiernos y que la OPS y sus socios movilicen los \$17 millones (15%) restantes.

19. Se han hecho importantes esfuerzos de movilización de recursos para diversificar las fuentes de financiamiento a fin de asegurar la sostenibilidad de la iniciativa. Para ello, la coordinación intersectorial con colaboradores de la OPS, organismos gubernamentales externos, organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios ha sido esencial para movilizar los recursos necesarios, adicionales al financiamiento del gobierno, para mantener las actividades de la iniciativa contra la rubéola.

20. Los socios de la OPS han contribuido al éxito abrumador de las campañas de vacunación antirrubéolica y a los avances logrados hasta la fecha. Entre estos socios se encuentran la Cruz Roja Estadounidense (ARC), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Alianza GAVI, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC), el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), la March of Dimes (MOD), el Sabin Vaccine Institute (SVI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (LDS). Cada socio ha desempeñado una función estratégica en la ejecución o evaluación de las

campañas masivas únicas de vacunación en toda la Región. Los grandes proveedores de vacunas también han contribuido a los éxitos de las campañas al donar vacunas de gran calidad para superar las carencias de los países y los déficits de financiamiento.

21. El Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas ha aportado con éxito un suministro ininterrumpido de vacunas y jeringas de gran calidad a precios asequibles para los países de la Región. Las carencias nacionales de vacunas que no fueron atendidas por el Fondo Rotatorio a menudo se han superado mediante contribuciones oportunas por parte de fabricantes internacionales de vacunas, como el Serum Institute of India, y la colaboración entre países. Por ejemplo, las donaciones de vacunas de Chile, el Perú y Venezuela ayudaron a mantener las actividades de la campaña en Bolivia en 2006, y las donaciones de vacunas de Venezuela y El Salvador ayudaron a mantener las actividades de la campaña en Guatemala en 2007.

22. El compromiso político sostenido de los Estados Miembros para los programas de vacunación y las actividades de eliminación de la rubéola ha sido fundamental en la intensa tarea de movilización de recursos, al nivel nacional y local. Al nivel local, la iniciativa de eliminación ha aprovechado el apoyo inestimable de líderes de la comunidad, asociaciones y grupos religiosos locales. Un ejemplo sobresaliente es el Paraguay, donde un tercio de los fondos para la campaña nacional de lucha contra la rubéola se obtuvo mediante esfuerzos locales.

23. Se han cultivado y mantenido sólidas alianzas con sociedades profesionales e instituciones académicas a fin de avanzar de manera sostenida hacia la eliminación de la rubéola. La cooperación con asociaciones profesionales ha supuesto oportunidades de capacitación para los profesionales de la salud y ha asegurado la credibilidad de las campañas de vacunación. Por último, la colaboración con los medios de información no solo ha aumentado la visibilidad de la iniciativa contra la rubéola, sino también de los programas nacionales de vacunación de rutina.

Enseñanzas extraídas

24. En las Américas se está avanzando rápidamente de los programas de vacunación infantil a los programas de vacunación familiar. Muchas de las enseñanzas extraídas de la vacunación de adolescentes y adultos, como parte de la iniciativa de eliminación de la rubéola, servirán de modelo para otras regiones del mundo que pretenden vacunar después de la niñez. Estas experiencias también aportan conocimientos valiosos para elaborar estrategias destinadas a grupos que tradicionalmente no son objeto de vacunación y para introducir nuevas vacunas de manera eficaz. La promoción de la función del varón en calidad de pareja y padre en los mensajes de comunicación social durante las campañas contra la rubéola ha sido esencial para obtener su participación en las actividades de vacunación.

25. La colaboración entre ministerios de salud y otros sectores (fuerzas armadas, turismo, transporte y medios de información) ha sido inestimable para lograr una amplia cobertura durante las campañas. Estas relaciones intersectoriales facilitarán las respuestas rápidas y eficaces a posibles emergencias de salud complejas, como una pandemia.

26. La OPS ha mantenido y ampliado sus esfuerzos por integrar las actividades de eliminación de la rubéola con los principios básicos de la atención primaria de salud, mejorando así los servicios de atención primaria. Se mantendrán las mejoras logradas durante las campañas en las áreas de la infraestructura sanitaria y la colaboración, y conllevarán una mejora de los resultados en materia de salud para todos. Tales mejoras consisten en la mayor coordinación con los bancos de sangre, la mayor conciencia de las prácticas de vacunación segura, y mejores servicios para los recién nacidos y los lactantes.

27. Uno de los objetivos principales de la iniciativa contra la rubéola es mejorar la salud de la mujer, propósito coherente con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Un reto importante en lo que se refiere a la salud de la mujer estriba en garantizar el acceso universal. Las actividades de las campañas de vacunación tienen como finalidad llegar equitativamente al 100% de la población destinataria. Se han reducido las inequidades basadas en el sexo, el grupo étnico, la clase social, la raza y la distribución geográfica. La iniciativa también contribuye a paliar las inequidades de los resultados de salud materna al facultar a las mujeres de modo que tengan conocimiento de la prevención y de su derecho a obtener acceso a una atención de salud de buena calidad.

Retos y llamado a la acción (próximos pasos)

28. La iniciativa para la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas demostrará ser una de las intervenciones más fructíferas y rentables del siglo XXI. Se insta a los países a que se esfuercen por alcanzar y mantener en cada municipio niveles de cobertura de los programas de vacunación ordinaria >95% con las vacunas que contienen el virus de la rubéola (y con todas las demás vacunas infantiles). Se alienta a los países en los que sigue habiendo transmisión endémica de rubéola a que ejecuten una campaña de vacunación masiva única que se dirija tanto a hombres como a mujeres y cuyo objetivo sea lograr una cobertura >95%. Además, los países que no hayan vacunado a todos los grupos susceptibles tienen que analizar sus datos epidemiológicos para identificar a estas poblaciones susceptibles, en particular a los varones, y vacunarlos.

29. Debe hacerse hincapié en garantizar un sistema de vigilancia de buen desempeño (determinado según los siete indicadores de vigilancia recomendados), llevar a cabo actividades de vigilancia activa, investigar los conglomerados de casos sospechosos y

evaluar periódicamente las “áreas silenciosas”. Esto fortalecerá e integrará plenamente los sistemas de vigilancia de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita existentes. Todavía es limitado el número de muestras que se obtienen para el aislamiento del virus de la rubéola; es preciso aumentar de manera sustancial la obtención de muestras a fin de documentar mejor los genotipos del virus de la rubéola endémica y facilitar la documentación de la interrupción de la transmisión endémica de la rubéola en las Américas.

30. La experiencia regional ha probado que la vigilancia del síndrome de rubéola congénita plantea muchos retos, ya que las manifestaciones clínicas de dicho síndrome durante el primer año de vida no son específicas, varían ampliamente y puede ser difícil sospecharlo y diagnosticarlo. En general, el síndrome de rubéola congénita no se diagnostica ni se notifica como debiera. Para afrontar estos retos, deben estudiarse vías creativas a fin de mejorar la identificación de los casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita en la Región.

31. Se alienta a los Estados Miembros a que documenten y difundan sus experiencias y éxitos, así como las enseñanzas extraídas de la elaboración y la ejecución de las estrategias de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Estas experiencias servirán como modelo para otras regiones del mundo que emprendan la eliminación de la rubéola, o que se orienten a poblaciones que tradicionalmente no están cubiertas por la vacunación infantil. Las enseñanzas extraídas brindarán valiosas apreciaciones para fortalecer los servicios de salud, potenciar el acceso a la atención de salud, aumentar la concientización acerca de la atención preventiva, informar de las estrategias de vacunación para llegar a grupos no habituales, introducir nuevas vacunas y, a la larga, para mejorar los resultados en materia de salud materno-infantil.

32. El plan general para lograr la meta de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita incluye la preparación y aplicación de un protocolo práctico para verificar la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola. Se han considerado los siguientes componentes: datos epidemiológicos sobre la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; información sobre la inmunidad de la población, incluida la cobertura vacunal correspondiente a la vacunación de rutina, campañas de seguimiento y campañas de vacunación de adolescentes y adultos, incluida la vacunación posparto; evaluación de los sistemas de vigilancia de la rubéola (y el sarampión) y del síndrome de rubéola congénita; y epidemiología molecular. Se considerarán las situaciones propias de cada país para proporcionar una perspectiva del “cuadro general” cuando se examine la información necesaria para comprobar la eliminación de la rubéola en la Región.

33. Será necesario nombrar un comité internacional de expertos para comprobar independientemente que se ha interrumpido la transmisión endémica del virus de la rubéola en el continente americano. El proceso de comprobación se realizará en dos

fases. Durante la primera fase, la situación en grupos de países será comprobada por comisiones nacionales especiales, asesoradas por el comité internacional de expertos. La primera fase incluirá visitas de los miembros de los comités a los sitios correspondientes. Las comisiones nacionales prepararán la documentación necesaria para el examen a fin de obtener la comprobación definitiva. Durante la segunda fase, el comité internacional de expertos llevará a cabo un análisis final de todos los datos recabados para determinar la comprobación definitiva e informar sobre los resultados al Consejo Directivo de la OPS en 2010.

34. Los esfuerzos de la OPS para movilizar los \$17 millones restantes que se necesitan para finalizar la iniciativa de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita y asegurar su sostenibilidad seguirán siendo fundamentales hasta que se alcance la meta de la eliminación.

Intervención del Comité Ejecutivo

35. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine los progresos alcanzados con miras a lograr la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas y a que considere las medidas que es necesario aplicar para alcanzar la meta de la eliminación para el 2010.

- - -