

Discusión y Mesa Redonda

Panelistas: Dres: Gustavo Rosell, Eduardo Verne,
César Munayco y Representante de la OPS

Dr. Claudio Lanata

Antes de iniciar la discusión con los asistentes de este simposio, quisiera comentar dos experiencias personales relacionadas a cómo las decisiones de introducir nuevas vacunas o estrategias de inmunizaciones en un país no son siempre producto de un esfuerzo conjunto, sino oportunidades que se abren en el camino. En el pasado fui asesor de un ministro de Salud de Perú, y un día me consultó si se debería o no introducir la vacuna contra la influenza en ancianos en el Programa de Inmunizaciones. Luego de buscar más información al respecto, le contesté que sería más costo beneficioso para el país si la vacuna se introduce a niños, pues no sólo se los protegería a ellos, sino que, por inmunidad de rebaño, se protegería a los ancianos que viven con ellos. Esa conversación culminó con la introducción de la vacuna contra la influenza a todos los niños en el país, siendo Perú uno de los primeros en el mundo en hacerlo. Y no restringirla solo a niños considerados en alto riesgo.

En otra oportunidad, presentamos al ministro de Salud el resultado de un estudio que se llevó a cabo entre el Instituto de Investigación Nutricional y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, en donde se analizó el costo/beneficio de vacunas infantiles en Perú y en Bangladesh. Los resultados demostraron que la única vacuna que ahorra costos al Estado peruano, (las otras fueron costo/beneficiosas) fue la vacuna contra la Hepatitis B, gracias a la reducción del cáncer de hígado. Pero ese ahorro ocurriría 35 años después de la introducción de la vacuna en niños. El ministro nos preguntó que si se podía hacer algo para adelantar ese beneficio. Luego de correr los modelos estadísticos, le contestamos que si Perú hacía una vacunación masiva contra la hepatitis B a toda la población menor de 20

años, se adelantaría ese beneficio. Eso fue un viernes. El lunes, luego de hablar con el presidente del país, tuvo la autorización para llevar adelante esa vacunación masiva, nuevamente, no llevada a cabo en otro país del mundo que yo sepa.

Bueno. Pasemos ahora a la discusión de este simposio. Quisiera invitar al Dr. Montesano, de la OPS, sobre la discusión de los temas abordados y de cómo la OPS ayuda a los países de la región en la discusión de incluir nuevas vacunas o no y de cómo usarlas en los calendarios de inmunizaciones no sólo de niños sino de todos los grupos etarios.

Dr. Raúl Montesano (experto de la OPS)

Buenas noches a todos y gracias a la Academia y a los organizadores por la invitación. Sin duda el Perú es uno de los países que tiene el esquema más completo de inmunización infantil en este momento. Eso se reconoce y se felicita por parte de la Organización, particularmente por el gran impacto logrado en la prevención de enfermedades prevenibles por vacunas. Gracias a las vacunas se ha logrado prevenir más de un millón de casos de enfermedades graves y muy graves, y cerca de 300,000 muertes anuales, incluyendo alrededor de 50,000 casos de discapacidad permanente por la polio. Pero, cuando hablamos de introducir nuevas vacunas, debemos tener cuidado en algunos aspectos como son los estudios de su costo/beneficio. Como se muestra en esta diapositiva, la OPS/OMS recomienda que se hagan estudios de costo beneficio completos, incluyendo evaluar la capacidad económica del país para introducir y luego mantener una vacuna en el esquema. En el caso de Perú, hay una ley que protege al programa de inmunizaciones, lo cual es muy bueno. Sobre el uso de

nuevas vacunas, como podría ser contra la hepatitis A, la OPS no la está recomendando, porque considera que no es un problema de salud pública. Otro aspecto asociado con la introducción de nuevas vacunas es relacionado a la cadena de frío, como se ha mencionado hoy. Por ejemplo, la vacuna en jeringa prellenada, de uso individual, ocupa 10 veces más espacio que la vacuna normal. Eso implica que la cadena de frío se tenga que multiplicar también, lo que influye en los costos. Además de los estudios de costo/beneficio, la OPS recomienda a los países de la región considerar introducir nuevas vacunas sólo cuando las coberturas de las vacunas existentes en el calendario de inmunizaciones del país sean óptimas y se alcanzaron las metas establecidas. Recién ahí un programa debería incorporar nuevas vacunas. Otro aspecto incluye el impacto que una nueva vacuna pueda tener. Por ejemplo, la introducción de la vacuna contra la varicela requiere alcanzar altos grados de cobertura (>95%) para reducir significativamente los susceptibles e impedir la transmisión del virus. Si esa vacuna se usa con bajas coberturas y/o en un grupo etario restringido, será difícil y prolongado el proceso para controlar la enfermedad.

Respecto al Fondo Rotatorio de Vacunas, es una estrategia de cooperación, no sólo un mecanismo de compra de los países. El fondo ha sido el pilar para la introducción de nuevas vacunas y la erradicación de enfermedades, desde su creación hace 40 años. Respecto a la vacuna contra influenza, todos los laboratorios del mundo la liberan recién en abril; entonces, no es posible tener la vacuna para el hemisferio sur, en febrero ni en marzo, respondiendo a un pedido que normalmente se hace en enero de cada año. Esto genera mucha presión, tanto para la llegada de la vacuna como para su uso antes del inicio de la temporada de invierno.

Respecto al costo de las vacunas en el Fondo Rotatorio, todas las vacunas del esquema de vacunación infantil cuestan S/.434.00 soles, menos que el costo de una dosis de la vacuna contra el VPH en el sector privado y esto representa un importante ahorro para el Estado. Contra ese costo se debe considerar los incrementos por el uso de nuevas vacunas. Por ejemplo, como se mencionó en este simposio, si se reemplaza la vacuna pentavalente con la hexavalente, el costo de todas las vacunas para Perú se podría incrementar digamos a S/.680.00 soles, lo que significa un 57% de incremento de costo del programa, requiriendo más de US\$ 43 millones de dólares adicionales.

Dr. Claudio Lanata

¡Muchísimas gracias! Importante contribución. Ahora quisiera invitar al Dr. Munayco para que nos comente: ¿Cómo estamos en el Perú con el control de las enfermedades inmuno-prevenibles?

Dr. Cesar Munayco

Justo en el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA acabamos de publicar el estudio de carga enfermedad del Perú para el año 2016. Hay resultados bien interesantes. Como es de esperar, los años de vida saludables perdidos (AVISA) se concentran con patologías que afectan a los niños menores de 5 años y a los adultos de 60 a más años. En el Perú, las enfermedades no transmisibles son las que explican la mayoría de las AVISA, seguidos por enfermedades transmisibles, las cuales son la principal causa de AVISA en niños menores de 5 años. Dentro de ellas, las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de enfermedad prevenible con vacunas, siendo la quinta causa de AVISA en total de ese grupo etario. Se espera que esto disminuya con el efecto de las vacunas contra la tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo, e influenza que se vienen aplicando en este grupo etario. Es interesante ver que, en los adultos de 60 a más años de edad, las enfermedades respiratorias agudas, de causa infecciosa, están en el séptimo lugar. Con la introducción de las vacunas contra el neumococo y la influenza en ese grupo etario, se espera una reducción en el futuro. Por ejemplo, la carga de enfermedad por enfermedades diarreicas agudas, problema muy importante en el país en el pasado, es actualmente muy baja en niños menores de 5 años, estando en el 15 lugar de patologías, en parte gracias al uso de la vacuna contra el rotavirus.

Todavía quedan enfermedades prevenibles con vacunas que debemos atender. Dentro de las enfermedades no transmisibles el cáncer es claramente importante. Ahí el uso de la vacuna contra el virus del papiloma humano debe tener un efecto importante sobre la carga enfermedad en el futuro con respecto al cáncer de cuello uterino. Con relación a las infecciones respiratorias agudas, actualmente tenemos un problema de tosferina en Loreto con una gran cantidad de casos en Trompeteros. Todavía la tosferina sigue siendo un problema de salud en el país; generalmente se presenta en zonas rurales, donde a veces el acceso a vacunas es complicado. Finalmente, con respecto a la varicela, que se ha venido vigilando con más detenimiento desde el brote que se tuvo hace

3 años, se está observando una disminución de casos, pero claramente el uso de la vacuna debe aumentar en coberturas y lograr una buena inmunidad de rebaño para así proteger a toda la población.

Dr. Claudio Lanata

Hay mucha información para discutir. Y esto es con las vacunas existentes. Vale la pena mencionar que en un futuro no muy lejano vamos a tener más vacunas disponibles. Por ejemplo, nosotros en el Instituto de Investigación Nutricional estamos trabajando con los laboratorios Takeda, generando información preliminar que permita evaluar la vacuna contra el Norovirus que ellos vienen desarrollando. Luego del Rotavirus, el Norovirus es una causa importante de enfermedad diarreica aguda, causando además muchos brotes en niños y adultos. También se vienen desarrollando nuevas vacunas, como se ha mencionado, contra el virus del herpes, nuevos tipos de hepatitis, las vacunas contra los estreptococos del grupo A y B, etc; por lo que hay que pensar cuál y cómo usarlas, y particularmente justificar su introducción con el Ministerio de Economía y Finanzas para conseguir el presupuesto necesario. Las vacunas no son un gasto, son una inversión. Bueno. Tenemos el foro abierto para preguntas y comentarios de los asistentes.

Dra. Claudia Ugarte

Muy interesante simposio. Yo sólo quería resaltar algunos puntos, producto de mi experiencia en el MINSA en donde he visto de cerca el tema de inmunizaciones. Primero, quisiera resaltar que el país ahora ya tiene un patrón nominal de los niños sujetos de vacunación para el año 2016. Esto ha permitido asignar vacunas a este padrón nominal, siguiendo a los niños que tienen mucha movilidad de un lugar al otro. Esto va a permitir mejorar mucho las coberturas.

El segundo punto que quisiera comentar es que el MINSA tiene en todo el Perú más o menos 8,500 establecimientos de primer nivel de atención y más o menos 250 entre segundo y tercer nivel de atención. Ahora tenemos más de 2,000 establecimientos en los que se ha implementado un *software* informático con un módulo de vacunas, qué permite ver exactamente que vacunas ya ha recibido un niño y qué vacunas tiene pendientes de recibir para su edad. El personal de salud puede ahora buscar a cualquier niño y saber exactamente qué vacunas ya recibió y si esta al día en sus vacunas o no. Este sistema, muy sencillo de operar y

de bajo costo, se debe terminar de implementar en todos los establecimientos de primer nivel, así como en los de segundo y tercer nivel de atención.

El tercer punto que quisiera comentar es que comparto la opinión de que, antes de introducir nuevas vacunas, debemos buscar mejorar la cobertura de vacunación y optimizar el uso de las vacunas existentes, para después ver de introducir nuevas vacunas. Dentro de ellas hay enfermedades que causan alta morbilidad y mortalidad que requieren controlarse con vacunas, apenas estén disponibles, como es el caso de Virus Sincicial Respiratorio (VSR). Actualmente, la cantidad de niños que estamos viendo en los hospitales con VSR es feroz, estamos en una epidemia aun cuando no se la haya declarado como tal. Por ejemplo, de los 6 pacientes actualmente hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Cayetano Heredia, 3 son por el VSR; además, hay pacientes que están en ventilación mecánica en el servicio de emergencia. He visto que muchos de ellos fallecen o terminan con un daño pulmonar crónico. Es una enfermedad importante que ojalá podamos controlarla con vacunas. Así como este ejemplo, debemos analizar con mucho cuidado cuáles serían las nuevas vacunas que sean más costo efectivas para introducirlas en el país y que logren disminuir la morbi-mortalidad de la población afectada.

Dr. Zuño Burstein

En primer lugar, mis felicitaciones al Dr. Lanata por traernos este problema tan importante que es medicina preventiva, sobre todo la utilización de las vacunas, y tocar problemas, por ejemplo, cómo era la difusión informativa que algunos medios utilizaban para desprestigiar la vacunación. Recuerdo hace unos años que había una radio en FM y AM y que hacía llamados a las madres alertándolas para que no dejen vacunar a sus hijos porque les va a producir tales y tales efectos adversos, atacando a los laboratorios farmacéuticos y presentándolos como estafadores, que sólo les interesaba ganar dinero, solicitando a las autoridades y al ministro de Salud pública que inicien procesos judiciales en contra de ellos. En ese entonces mandé correos electrónicos solicitando al Colegio Médico, a la Academia Nacional de Medicina, al Ministerio de Salud Pública, para que se viera cuáles serían los mecanismos que se podrían utilizar para neutralizar ese tipo de difusión informativa tan perjudicial. La radio tenía una vinculación con un grupo religioso y naturista, y hacía campaña por el consumo de medios naturales, como la espirulina.

Luego que las autoridades identificaron estas radios clandestinas, los ataques bajaron. No sé si esa actividad ha continuado.

Una pregunta al panel y sobre todo a la Oficina Sanitaria Panamericana. Nosotros tenemos dificultades con la vacuna BCG. ¿Qué pasa con el BCG? ¿Por qué no hay BCG? Tenemos un problema de abastecimiento de esta vacuna en el mercado desde hace años. No sólo en los programas de inmunización sino, por ejemplo, para su uso en los programas en Medicina Tropical o en Dermatología donde la utilizamos como un medio terapéutico de inmodulación.

Dr. Manuel del Solar

Tengo tres comentarios. Al igual que Eduardo Verne, me vacuné de neumococo en el hospital. Pero no logré vacunarme contra la influenza porque no había vacuna. Quisiera saber cuál es la disponibilidad de la vacuna de influenza y por qué existen períodos sin que se la tenga disponible. En segundo lugar, ¿existe alguna diferencia en la composición de la vacuna contra la influenza recomendada para el hemisferio norte y hemisferio sur? Lo pregunto porque, si uno se vacuna en el Perú y viaja, ¿es posible que uno adquiera una cepa de influenza en el hemisferio norte y al regresar al país la introduzca al hemisferio sur? En tercer lugar, como dermatólogo me preocupa el tema de resistencia bacteriana que está altísima y es posible que los dermatólogos tengamos un rol porque usamos bastantes antibióticos para el tratamiento del acné. ¿Existe alguna vacuna contra el acné en desarrollo?

Dr. Claudio Lanata

Muy buenas preguntas. Vale la pena comentar que, a diferencia de los que muchas personas piensan, el consumo mayor de antibióticos en el mundo no está en humanos, sino más bien en animales, en las granjas y criaderos de todo tipo. Si bien este es un tema que, aun estando regulado en países desarrollados, es un problema no resuelto, y uno se puede imaginar lo dramático que debe ser en países en vías de desarrollo, donde casi no hay datos.

Dr. Eduardo Verne

Sobre la vacuna contra la influenza, sí las vacunas son diferentes entre ambos hemisferios. Hay años que son iguales, pero no son muchos. El problema es que las vacunas para la influenza del hemisferio norte no las tenemos en el país. Sin embargo, estudios

epidemiológicos hechos en el Perú están sugiriendo que las cepas del virus que circulan en regiones del norte del país, como Tumbes, Piura quizás hasta Lambayeque sean más bien similares a las que circulan en el hemisferio norte. El MINSA está considerando la opción de usar las vacunas del hemisferio norte en estas regiones del país, y las vacunas del hemisferio sur en el resto del país. El otro tema que se ha mencionado es la necesidad de vacunar contra la influenza a personal del sector salud, y quizás a personas que viajan mucho, como sería el personal de compañías aéreas. Existe la norma de vacunar al personal de salud, pero no se cumple. Un tema importante a considerar para el uso de vacunas fuera de las actividades normales del programa de inmunizaciones del MINSA, es tener algunos centros que tengan disponibilidad de todas las vacunas, para así poder referir pacientes que las requieran, incluyendo viajeros. Por ejemplo, se compra la vacuna contra la influenza B y no es eficaz repartirla a todos los centros de inmunización del MINSA, pues con ello no se asegura a las personas que sí las necesitan, como la población adulta. Y no sólo vacunas, sino otros productos inmunoprotectores, como podría ser la inmunoglobulina específica para hepatitis B para usarla en neonatos. Y se requiere de mucha difusión de estos centros. He visto, por ejemplo, en mi hospital que en un momento tenían la vacuna contra la influenza B y nadie sabía y, por lo tanto, nadie se vacunaba.

Sobre el VSR, es correcto. El año pasado hemos tenido una epidemia en el hospital y cuando íbamos al Departamento de Epidemiología del hospital nos dijeron que no la teníamos, porque los laboratorios usados para diagnosticar el VSR no estaban certificados. Ese laboratorio era del Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales de la Marina Norteamericana, NAMRU 6, localizado en el Hospital Naval en Lima. Se requiere que el MINSA ponga a disposición de los hospitales métodos diagnósticos moleculares para el diagnóstico del VSR que documenten la carga de esta enfermedad en Lima y en el Perú, además de otras causas de enfermedad respiratoria aguda. Y esta capacidad diagnóstica debe estar en las emergencias, para poder diagnosticar qué tipo de virus respiratorio cada niño tiene, para así poder hospitalizarlo en zonas separadas y evitar la transmisión intrahospitalaria.

Dr. Claudio Lanata

Sobre los estudios que el NAMRU 6 ha venido haciendo en Tumbes, Lima, Iquitos, Madre de Dios y Cusco, creo

desde el año 83, es una base de datos que no ha sido usada en todo su potencial para la toma de decisiones sobre políticas públicas. No sólo porque han estudiado niños, sino que se han venido haciendo a todos los miembros del hogar: niños, adultos y ancianos, sean o no familiares, que viven en cada vivienda. El problema con la disponibilidad de la vacuna de la influenza es que el Estado hace su pedido al fondo rotatorio de la OPS al inicio de cada año. Por el volumen de la compra, la mayoría en su presentación pediátrica, la vacuna llega generalmente a fines de marzo o en abril de cada año. Como la epidemia de influenza se inicia generalmente en junio de cada año, queda muy poco tiempo para inmunizar a todos los susceptibles. Sobre la mejor composición de la vacuna, estoy de acuerdo con el Dr. Eduardo Verne, que posiblemente el Perú debería usar ambas, la del hemisferio norte para las regiones del norte del país y la del hemisferio sur para el resto, usando los datos epidemiológicos para definir bien las zonas para cada tipo de vacuna. Y debemos usar la vacuna cuadrivalente, que tiene una cepa contra la influenza B y tres cepas contra la influenza A.

Dr. César Munayco

Es cierto que los estudios hechos con el NAMRU 6 demuestran que tanto el VSR y el virus de la influenza tienen una carga importante de enfermedad en los menores de cinco años y obviamente circulan a la vez. Sobre resistencia bacteriana, nosotros en el Ministerio de Salud, vamos a implementar la vigilancia de resistencia bacteriana donde inicialmente vamos a ocuparnos del componente humano, pero vamos a empezar a incluir también al componente animal. Recién se está por aprobar el plan de vigilancia de resistencia bacteriana. Contamos con el apoyo de la OPS. Creo que el próximo año vamos a tener más información sobre resistencia que es un problema crítico que no estamos mirando. Ya hemos hecho visitas a varios hospitales centinelas, se están diseñando las normas, los flujos de información. Yo supongo que el siguiente año vamos a empezar con la vigilancia de la resistencia antimicrobiana en humanos. Lamentablemente se ha tenido un retraso, dado de que esta iniciativa se incluyó como un plan desde el año 2017.

Dr. Raúl Montesano

Con relación a la vacuna BCG, no deber haber ningún problema. Esta vacuna es una de las más baratas y se compran en cantidades suficientes. Lo que sucede es que en muchas ocasiones la vacuna viene en un frasco

multidosis, la que tiene poco tiempo de ser usada una vez reconstituida. Respecto al uso como medio terapéutico de inmodulación, sugiero que se coordine con la Dirección de Inmunizaciones para que se haga una dotación especial para este fin. Respecto a la vacuna de influenza, la producción mundial para el hemisferio sur se libera la primera semana de abril; el pedido de espera entre la fecha de solicitud de un país y la entrega de la vacuna no depende del fondo rotatorio, sino de los laboratorios productores. Todos los países que compran a través del Fondo reciben la vacuna entre abril y mayo, por lo que se recomienda priorizar la entrega de vacuna a las zonas de alto riesgo (zonas de friaje) y en los grupos de riesgo. La vacuna de influenza tiene mayor costo-beneficio en personas consideradas de alto riesgo, como mujeres embarazadas, mayores de 60 años, personas con comorbilidad y el personal de salud. Es importante, por lo tanto, asegurar altas coberturas en estos grupos.

Dr. Claudio Lanata

Este último tema me parece bien importante porque no tenemos indicadores. Es un problema que ya está afectando muchos países en el mundo y es muy probable que ya esté en nuestro país y que se incremente en los próximos años. Es más, es posible que existan “bolsones” de niños sin vacunar asociados a esta resistencia a vacunarse, sea por geografía o por grupos religiosos/étnicos, etc. Es muy importante tener buenos indicadores para medir y monitorizar este problema. En ese sentido es importante que el Perú migre al uso del carné de inmunizaciones electrónico, para monitorizar en tiempo real qué niños están dejando de vacunarse, y poder actuar lo más pronto posible para no crear grupos susceptibles de transmitir un patógeno.

Sobre la resistencia antibiótica, quisiera compartir con Uds. los resultados de un estudio hecho recientemente por el IIN en colaboración con la Universidad de Vanderbilt en una zona rural de Cajamarca (provincia de San Marcos), donde nadie prescribe tetraciclinas a niños, al estar prohibido por el daño dental y acústico que producen. Sin embargo, hemos encontrado que más del 90% de niños menores de 3 años son portadores de neumococos resistentes a la tetraciclina en su nasofaringe. ¿De dónde surgieron? No era por consumo de este antibiótico en los niños. Estamos en el proceso de identificar su origen, pero resultados preliminares indican que podría venir de leche y/o carne de pollo con estos marcadores de resistencia, producto de la administración profiláctica en las granjas de estos animales. Este

problema debe ser abordado en forma conjunta con el MINSA, Ministerio de Agricultura y el SENASA. En otro estudio, que estamos haciendo en la actualidad en una zona periurbana de Lima, estamos vigilando a toda la familia semanalmente para detectar la aparición de un gen de resistencia antimicrobiana y ver de dónde salió y cómo se ha transmitido en esa vivienda. Las bacterias han aprendido a luchar contra los antibióticos, sean naturales o administrados por los humanos, desde sus orígenes. Para ello comparten entre ellas estos genes de resistencia, o plásmidos que las contienen. Eso explica cómo el NAMRU 6 aisló gérmenes altamente resistentes a los antibióticos en aguas de río, en zonas muy alejadas de las poblaciones en la Amazonía. Debemos pensar que la resistencia antimicrobiana es un problema no sólo del sector salud sino del medio ambiente. Hay que mirar qué se da a los animales, cómo se eliminan heces en los desagües de hogares, hospitales y granjas, con estos marcadores que ingresan al medio ambiente y regresan, a través del agua o de alimentos, al humano.

Participante

Me parece importante comentar que el Ministerio de Educación ha dado una norma el año pasado, en coordinación con el Ministerio de Salud, por la cual ningún niño puede entrar al colegio si no está con sus vacunas completas. Ya es ley, y se aplica tanto a los colegios privados como a los colegios públicos. Ambos están exigiendo que los niños tengan sus vacunas completas antes de matricularse, desde la educación inicial hasta que terminan el colegio. Esta nueva política de Estado va a tener un impacto muy positivo en bajar la resistencia a vacunarse. Está por verse en los próximos años.

Dr. Eduardo Ticona

Todos los años vamos con los estudiantes de medicina de San Marcos a Iquitos y hemos visto que la incidencia de tuberculosis y VIH es cada vez mayor, lo cual me preocupa. Por ello, pedimos que nos informen acerca de la situación epidemiológica general de la región. Apreciamos que no es sólo tuberculosis y VIH, sino que también las principales causas de mortalidad siguen siendo las enfermedades respiratorias en la infancia y la diarrea. Igualmente, la mortalidad materna es elevada. La calidad de los servicios de salud no está muy bien. Y me ha preocupado más la noticia de que existiría una epidemia de pertusis en Trompeteros. Por todo ello, creo que la cobertura de las inmunizaciones es importante, pero además se deben evaluar los aspectos operativos

del programa de inmunizaciones. ¿Es eficiente? ¿Cómo está la cadena de frío? ¿Con qué frecuencia se cumple a tiempo con el calendario de inmunizaciones? La Amazonía es un lugar difícil en nuestro país, especialmente la región de Iquitos. Pregunto: ¿se tienen indicadores de estos componentes que midan la eficiencia del programa de inmunizaciones?

Dr. Claudio Lanata

Ese comentario me recuerda el proyecto que se llamó Proyecto 2000, financiado por USAID y el Gobierno peruano, dentro del cual se incluyó al Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI), liderado por ESAN con la participación del IIN (yo fui el Director del PCMI), la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el Instituto Manuela Ramos. El PCMI fue muy exitoso. Se centró en un sistema de acreditación de servicios de salud, iniciándose con 90 hospitales de nivel III o IV de complejidad, para luego abarcar más de 3,500 establecimientos de salud existentes en sus redes de servicios de salud cubriendo la mitad del país. Con datos obtenidos de la encuesta ENDES, comparando las regiones donde trabajó el Proyecto 2000 en comparación con las otras, se observó una reducción del 25% en la mortalidad materna en un año, además de otros indicadores que mejoraron, como haber logrado una enorme mejora en la satisfacción de los usuarios, lo que se tradujo en mejora en las coberturas de todos los servicios materno-infantiles. ¿Cómo se logró? El PCMI no dio más recursos a los hospitales. Les preguntó qué pueden hacer con lo que ya tienen. Y para medir esto, se usaron más de 9,000 indicadores de gestión y de calidad en la atención a los usuarios, que permitió a algunos hospitales lograr su acreditación al primer intento, en una ceremonia pública donde se entregó diplomas a todos los principales actores del cambio. Los que no lo lograron, por no haberse puesto a trabajar, sintieron un malestar por una posible pérdida de su prestigio. Todos (excepto un hospital en Lima) lograron acreditar al segundo intento. Se aprendió mucho en el PCMI. Se demostró que con este tipo de iniciativas se puede y se debe mejorar la calidad de nuestros servicios de salud. Es más, la actual legislación entrega la gestión a los Gobiernos Regionales. Esta entrega debería condicionarse a niveles de calidad bajo un sistema de acreditación de servicios con metas progresivas en complejidad. Las regiones que logren acreditar sus servicios de salud podrían seguir adelante, e incluso recibir incentivos por su labor. Las que no lo logren podrían entrar en un proceso de supervisión conjunta con el MINSA, a nivel central, para mejorar.

Pero las que tienen un nivel de calidad considerado inaceptable, deberían ser intervenidas hasta que mejoren. Es una propuesta de cómo un sistema como el PCMI se podría insertar como algo permanente en las políticas públicas del sector.

Dr. Eduardo Verne

Yo presido el Comité de Expertos de la Dirección de Inmunizaciones del MINSA, compuesto por 8 miembros y dos observadores: un representante de la OPS y otro de UNICEF. En ese Comité buscamos evidencias que justifiquen la introducción de nuevas vacunas, considerando las prioridades de salud pública del país, así como mejoras en el uso de las mismas a través de revisiones del calendario nacional de vacunaciones. Según las recomendaciones del Comité, se elaboran las normas técnicas respectivas. Tenemos reuniones trimestralmente, y antes de cada sesión solicitamos, tanto a epidemiología como al Instituto Nacional de Salud, que nos den datos que midan el estado de las coberturas de vacunaciones y cómo van en la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas. Sin embargo, no siempre tenemos datos o datos confiables. Existen muchos problemas, particularmente en las regiones con peores coberturas. Como se comentó, es muy importante contar con un sistema que monitoree y presione a las regiones para que hagan bien su trabajo. Por ejemplo, las coberturas de inmunizaciones para abril de este año estaban en <20% en la mayoría de las regiones. Buscamos conocer qué problemas tienen y ayudarlos a mejorar. Pero lamentablemente, el comité sólo recomienda. Es el Sector Salud quien debe implementar estas recomendaciones y dialogar con los gobiernos regionales para solucionar los problemas. El ideal sería que un buen sistema logre cumplir con altas coberturas de todas las vacunas al final del año. Para eso hay que tener un buen sistema de monitoreo trimestral, y trabajar intensamente con las regiones que están peor para ayudarlas a mejorar.

Dr. Claudio Lanata

El tema de cómo monitorizar y usar los datos sobre coberturas y prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunas ha sido justamente el motivo de la creación de un grupo de trabajo en la OMS, del que fui parte y en donde participaron muchas personas y organizaciones de todo el mundo. Luego de casi dos años de trabajo presentó en abril de este año las recomendaciones al Grupo Experto Asesor Estratégico (SAGE en inglés) en

inmunizaciones de la OMS. La OMS está ahora poniendo en práctica muchas de las recomendaciones dadas, en donde se incluyen las iniciativas mencionadas en este simposio, como el carné digital de inmunizaciones. También se toca el tema de cómo mejorar los métodos de la vigilancia de enfermedades transmisibles prevenibles con vacunas, en donde el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha propuesto nuevas maneras de utilizar indicadores específicos en los países, que permitan evaluar de manera crítica la efectividad de los programas de inmunizaciones.

Como hemos podido ver en este Simposio, el tema de las inmunizaciones siempre va a ser apasionante, con muchas cosas para pensar de cómo mejorar el programa, a nivel país, así como a nivel de la región. Hay que decir que Latinoamérica es el ejemplo de inmunizaciones del mundo. El fondo rotatorio de la OPS es un sistema que debería ser utilizado por otras regiones en el mundo por su importante rol en el apoyo a los programas. Y hago votos para que todos tengamos éxito en el control del movimiento antivacunas, remarcando la gran importancia de ellas en el control de enfermedades notables en la salud pública del país y del mundo. El tiempo nos ha ganado. Agradezco a todos por su asistencia y a los ponentes por sus excelentes presentaciones. Muchas gracias.

Palabras del presidente de la Academia Nacional de Medicina

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto

¡Muchas gracias! Debido a lo avanzada de la hora, me limitaré a los agradecimientos. El tema infección y vacunas lleva 150 años como un tema central de la Academia de Medicina y eso nació cuando se iniciaron las actividades como Sociedad de Medicina de Lima, en 1854. Luego la Academia Libre de Medicina asumió este tema como una de sus prioridades. Esto motivó que el Congreso de la República y Don Andrés Avelino Cáceres dieran una ley nombrando Nacional a la Academia Libre de Medicina. Agradecemos a nuestros coordinadores, los doctores Claudio Lanata, César Cabezas y sus invitados, los doctores Gustavo Rossel de Almeida, Eduardo Verne y César Munayco y al experto de OPS, el doctor Raúl Montesano. Ha sido una excelente presentación. Muchas felicitaciones. Están todos cordialmente invitados a nuestras siguientes presentaciones conforme lo ha expresado nuestro secretario nacional. Muchas gracias. Y buenas noches. Se levanta la sesión.