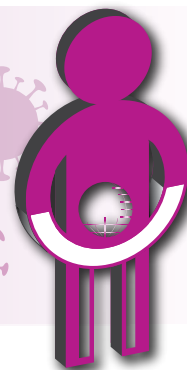


Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud



Volumen XLII Número 4

Proteja a su familia vacunándola

Diciembre del 2020

Manteniendo la confianza: La lucha contra la información errónea sobre las vacunas

El doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmó en febrero del 2020 que el mundo está luchando no solo contra la COVID-19, sino también contra una "infodemia" una cantidad impresionante de información, verdadera o falsa, sobre esta pandemia, difundida inocente o maliciosamente que abruma al público. Lamentablemente, la información relacionada con las vacunas experimentales para la COVID-19 no está exenta de esta tendencia y pululan preguntas, dudas y rumores en redes sociales, mensajes de texto, medios de difusión y conversaciones con amigos y familiares.

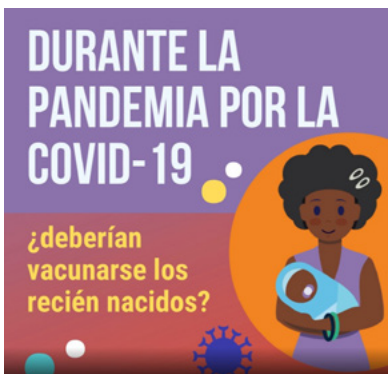
La diseminación de estos rumores es uno de los factores que instilan en la población la preocupación de que las vacunas contra la COVID-19 no sean seguras. Aunque hasta noviembre del 2020 no se había aprobado ninguna vacuna contra la COVID-19 para uso en la población en general, las encuestas ya han indicado que, en algunos lugares, muchas personas estarían reacias a aceptar una vacuna contra la COVID-19. Por ejemplo, las encuestas que comenzaron a realizarse en julio del 2020 como parte del proyecto KAP COVID Dashboard (<https://ccp.jhu.edu/kap-covid/>) del Centro de Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins señalan que, en América Latina, 85% de las personas aceptarían una vacuna contra la COVID-19 en Brasil, 72% en Argentina, 69% en México y 63% en Uruguay (el porcentaje más bajo de América Latina), mientras que, en el Caribe, Jamaica tiene la tasa de aceptación de la vacuna contra la COVID-19 más baja de la Región de las Américas: 35%, seguida de Trinidad y Tabago, con 51%.

Sabemos que es difícil lograr un cambio de comportamiento y que se requiere mucho más que simplemente informar a las personas sobre hechos y cifras para que vayan a vacunarse, ya sea que se trate de una vacuna conocida y que se ha utilizado durante muchos años, o de una totalmente nueva. Se necesita un enfoque integral para trabajar con las comunidades y entender las inquietudes que suscita una vacuna, colaborar con los líderes comunitarios y otras personas y grupos fiables para que se conviertan en defensores de la inmunización, y recurrir a exhortaciones emocionales para alentar a las personas a vacunarse. Todo esto ayudará a combatir la desinformación y las dudas en torno a las vacunas contra la COVID-19.

La respuesta de la OPS

La OPS está empeñada en contrarrestar rumores e información errónea sobre las vacunas, teniendo en cuenta que, de lo contrario, estos rumores no solo podrían obstaculizar la aceptación de las vacunas contra la COVID-19 cuando se disponga de ellas, sino que también podrían debilitar la confianza de la población en los programas ordinarios de inmunización y hacer que las comunidades se vuelvan vulnerables a brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación si, a raíz de ello, bajan las tasas de cobertura.

Primero y ante todo, la OPS está trabajando en un plan y estrategia de comunicaciones y de generación de demanda a nivel regional para orientar la labor de la Organización en estos ámbitos, con miras a preparar a los países para la introducción de las vacunas contra la COVID-19. En este documento se trata el tema de la información incorrecta sobre las vacunas contra la COVID-19 como un difícil reto que debe superarse para facilitar la



Ver **INFORMACIÓN ERRÓNEA** página 2

Lo que he aprendido como asesora de inmunización durante la pandemia de COVID-19

Dra. Karen Broome, asesora de inmunización de la OPS/OMS para la subregión del Caribe

El 20 de abril del 2020, comencé mi asignación temporal como asesora de inmunización para la subregión del Caribe. En ese momento, había 8.471 casos de COVID-19 en la subregión. Nueve meses después, al 10 de diciembre del 2020, se habían confirmado 66.978 casos de COVID-19 en la subregión, con más de 51.603 recuperaciones y 1.357 muertes por esta enfermedad. Ahora que el año 2020 llega a su fin, es un momento oportuno para reflexionar sobre un año que tuvo más puntos bajos que altos, un año en el que "COVID" fue la palabra más popular.

Asumí con gran entusiasmo un cargo temporal como asesora de inmunización para mis amadas islas del Caribe, no para estar bajo el fulgurante sol caribeño, sino bajo el brillante mandato de la OPS, que continuó brindando apoyo a los países de la Región de las Américas en la vigilancia, la prevención, la preparación y el control de la COVID-19. Pude experimentar de primera mano el increíble esfuerzo colaborativo que facilitó el financiamiento otorgado por la Unión Europea en asociación con el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), por conducto de la OPS, lo que garantizó los pagos anticipados a fin de comprar para los Estados Miembros del Caribe más de 1 millón de dosis de las vacunas que, según lo esperado, combatirían la COVID-19. En mi corta gestión he tenido la suerte de observar lo mucho que los Estados Miembros valoran la asistencia técnica y financiera que prestan la OPS y sus asociados, así como lo mucho que dependen de ella, en la lucha constante para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la COVID-19 y garantizar el acceso a las vacunas contra la COVID-19 y la disposición operativa de los países y territorios cuando las vacunas estén disponibles en el 2021.

A medida que los países se preparan para la introducción y el despliegue de las vacunas contra la COVID-19, es fundamental realizar una campaña de comunicación dirigida a los grupos que tienen prioridad para recibir las vacunas a fin de aumentar la demanda, disipar mitos y promover los beneficios de las vacunas. La introducción de una vacuna contra la COVID-19 implicará un esfuerzo logístico enorme, en el que participarán diversos interesados directos de los países y grupos de la sociedad civil. Las vacunas recientemente desarrolladas para la COVID-19 se han convertido en importantes fuentes de desinformación y de información errónea, lo que ha generado en las personas desconfianza y preocupación por la seguridad de las vacunas. El grado en que esta infodemia ha afectado los conocimientos y las actitudes de los trabajadores de salud, así como la influencia que ha tenido en estos conocimientos y actitudes, son preocupantes. Por lo tanto, se les debe dar prioridad a los trabajadores de salud para garantizar que estén bien informados, no solo en cuanto a la aceptación de la vacuna, sino también en lo que respecta

Ver **BROOME** página 8

EN ESTA EDICIÓN

- 1 Manteniendo la confianza: La lucha contra la información errónea sobre las vacunas
- 1 Lo que he aprendido como asesora de inmunización durante la pandemia de COVID-19... Dra. Karen Broome

- 3 Preguntas más frecuentes sobre la vacunación contra la COVID-19
- 4 Validación de una herramienta de categorización del riesgo para el monitoreo de la cadena de frío en el nivel local
- 6 ¿Aspirar o no aspirar antes de administrar la vacuna?

- 7 Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2020
- 7 Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2020-2021

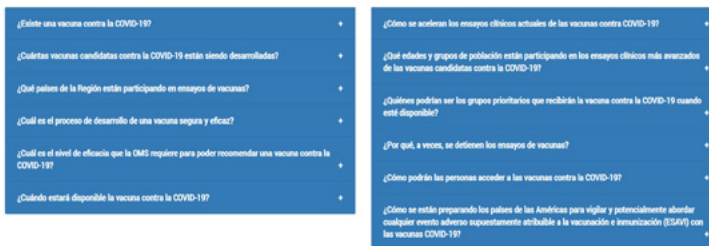
INFORMACIÓN ERRÓNEA cont. página 1

aceptación de estas vacunas en la Región. Si bien todavía se está trabajando en varias guías, materiales de comunicación y actividades dentro de este plan y estrategia, ya se dispone de algunos recursos que los países y el público pueden emplear, a saber:

- Una página web dedicada a las vacunas contra la COVID-19, que incluye las preguntas más frecuentes: <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19>
- Una grabación de un curso de capacitación en línea para periodistas sobre la manera de presentar información sobre las vacunas contra la COVID-19 en forma responsable y basada en la evidencia: <https://www.paho.org/es/eventos/seminario-web-para-periodistas-comunicadores-cubriendo-historias-sobre-vacunas-contra-covid>
- Una grabación de una sesión en vivo en Facebook “Pregunta al experto: la vacunación durante la pandemia”: https://www.facebook.com/watch/live/?v=2683898625213327&ref=watch_permalink

Con el propósito de fortalecer la confianza en la vacunación durante la pandemia, la OPS ha preparado los materiales que se indican a continuación:

Preguntas frecuentes sobre las vacunas candidatas contra la COVID-19



- Videos cortos animados que responden a preguntas sobre vacunación durante la pandemia, y videos sobre las vacunas contra la influenza y la COVID-19: <https://who.canto.global/index.html#/s/LH794?viewIndex=0&from=curatedView&display=curatedView>
- Infografía con consejos sobre vacunación durante la pandemia para padres y madres: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-vacunacion-durante-pandemia-10-consejos-para-padres-madres>
- Infografía con consejos sobre vacunación durante la pandemia para trabajadores de salud: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-vacunacion-durante-pandemia-10-consejos-para-trabajadores-salud>
- Infografía con consejos sobre vacunación durante la pandemia para los servicios de salud: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-inmunizaciones-servicios-salud-durante-pandemia-covid-19>

Además, para fortalecer la confianza en los programas rutinarios de vacunación, la OPS también ha publicado páginas web con preguntas frecuentes en otros temas relacionados:

- Mitos generales sobre la inmunización: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/refutando-mitos-sobre-inmunizacion>
- Mitos sobre la vacunación contra el VPH: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/refutando-mitos-sobre-vacunas-contra-virus-papiloma-humano-vph>
- Mitos sobre la vacuna contra la influenza: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/refutando-mitos-sobre-vacuna-contra-influenza>

Estos materiales se prepararon en respuesta a las preguntas e inquietudes que se detectaron en toda la Región. Más adelante se elaborarán y publicarán en línea nuevos materiales.

Además, la OPS está colaborando directamente con la OMS y otros asociados para adaptar los materiales de comunicación sobre vacunas contra la COVID-19 para la Región de las Américas. Estos y otros materiales y eventos seguirán publicándose en el enlace: <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19>

Trabajadores de salud: aliados cruciales para detener la difusión de información incorrecta

Tradicionalmente se ha considerado a los trabajadores de salud entre las



fontes más fiables de información sobre vacunas e inmunización para el público en general y, por esa razón, es necesario que estén bien informados en estos temas y sean capaces de comunicarse claramente con los pacientes y las comunidades para destruir mitos y responder a las preguntas y las dudas que les planteen. A esos efectos, la OPS elaboró una guía para que los trabajadores de salud sepan cómo comunicarse con las personas acerca de la inocuidad de la vacuna.¹ Si bien esta guía se refiere a la COVID-19, no es específica para esta enfermedad; cubre temas de inmunización en general, con breves secciones sobre las vacunas contra el VPH, la influenza y el

sarampión, dado que suelen dar lugar a preguntas y dudas en la población. Cuando se considera a los trabajadores de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19, también debemos reconocer por qué son destinatarios doblemente importantes de la comunicación sobre la vacunación: no solo van a ser mensajeros cruciales en sus comunidades sobre la importancia y la seguridad de las vacunas contra la COVID-19, sino que también es probable que sean los primeros en ser vacunados cuando se disponga de las vacunas. Es por eso que se considera vital la comunicación orientada específicamente a los trabajadores de salud.

Recursos de la OMS para gestionar la infodemia

En septiembre del 2020, la OMS, las Naciones Unidas, UNICEF, el PNUD, la UNESCO, ONUSIDA, la UIT, la iniciativa Pulso Mundial de las Naciones Unidas y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja Mundial distribuyeron una declaración conjunta titulada “Gestión de la infodemia sobre la COVID 19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa”: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>.

En esta declaración se reconoce que “la información incorrecta trunca vidas. Sin la confianza y la información correcta adecuadas, las pruebas diagnósticas se quedan sin utilizar, las campañas de inmunización (o de promoción de vacunas eficaces) no cumplirán sus metas y el virus seguirá creciendo” e insta a los Estados Miembros a que:

- Elaboren y apliquen planes de acción con el fin de gestionar la infodemia promoviendo la difusión oportuna de información precisa basada en datos científicos y probatorios, dirigida a todas las comunidades y en particular los grupos de alto riesgo; y previniendo y combatiendo la propagación de información errónea y falsa, siempre respetando la libertad de expresión.
- Colaboren con sus comunidades y las escuchen durante la elaboración de sus planes de acción nacionales, y las empoderen para que encuentren soluciones y se muestren firmes contra la información errónea y falsa.

Asimismo, se insta a otros interesados directos —incluidos los medios de comunicación, investigadores, plataformas de redes sociales, líderes de la sociedad civil, tecnólogos y personas influyentes— “a que colaboren con el sistema de las Naciones Unidas, con los Estados Miembros y entre sí, y a que sigan fortaleciendo sus acciones para difundir información precisa y prevenir la difusión de información errónea y falsa.”

Véase más información en la guía de la OMS para la gestión de la infodemia: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314%20/> [en inglés] o estas recomendaciones para aplanar la curva de la infodemia: <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/let-s-flatten-the-infodemic-curve>. ■

¹ Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud en la comunicación con madres, padres, cuidadores y pacientes”, disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53014>

Preguntas más frecuentes sobre la vacunación² contra la COVID-19

Preguntas y respuestas de la OMS: 28 de octubre del 2020³

1. ¿Cuándo estarán listas para su distribución las vacunas contra la COVID-19?

Todavía no sabemos exactamente cuándo estará lista para su distribución una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19, pero calculamos que podría ser a principios del 2021. Antes de poder distribuir vacunas contra la COVID-19, deben superarse varios retos importantes:

- Debe haberse comprobado que las vacunas son seguras y eficaces en ensayos clínicos extensos (fase III). Se están estudiando muchas vacunas potenciales contra la COVID-19, y algunos de los ensayos clínicos con un gran número de personas podrían presentar resultados a finales del 2020 o principios del 2021.⁴
- Es necesario realizar una serie de exámenes independientes de la eficacia y se requiere evidencia de la seguridad, incluidos el examen regulatorio y la aprobación en el país donde se elabora la vacuna, antes de que la OMS considere una vacuna para su precalificación. En este proceso también participa el Comité consultivo mundial sobre seguridad de las vacunas.
- El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización, analizará los resultados de los ensayos clínicos y, después de examinar datos científicos sobre la enfermedad, grupos etarios afectados, factores de riesgo de enfermedad y otra información, recomendarán si deberían o no utilizarse las vacunas y de qué manera. Los funcionarios de los países decidirán sobre la aprobación de las vacunas para uso nacional y formularán políticas sobre la forma de emplearlas en su país con base en las recomendaciones de la OMS.
- Las vacunas deben elaborarse en grandes cantidades, y esto constituye un reto sin precedentes, porque al mismo tiempo se deben seguir produciendo todas las otras vacunas importantes que salvan vidas.
- Como paso final, las vacunas se distribuirán mediante un complejo proceso logístico, con un riguroso control de existencias y control de temperatura.

2. ¿Cómo sabremos si las vacunas contra la COVID-19 son seguras?

Existen muchas medidas estrictas de protección para garantizar que las vacunas contra la COVID-19 sean seguras. Como todas las demás, las vacunas contra la COVID-19 deben pasar por un riguroso proceso de prueba de varias fases, entre ellos ensayos con decenas de miles de personas (fase III). Estas pruebas, en las que participan personas en alto riesgo de COVID-19, están diseñadas específicamente para identificar cualquier efecto colateral común u otros problemas de falta de seguridad.

Una vez que se haya introducido una vacuna contra la COVID-19, la OMS apoyará el trabajo de los fabricantes de vacunas, los funcionarios de salud de cada país y otros asociados para vigilar en forma continua cualquier problema de falta de seguridad que pueda surgir.

3. ¿Con qué rapidez podrían detener la pandemia las vacunas contra la COVID-19?

El efecto de las vacunas contra la COVID-19 sobre la pandemia dependerá de varios factores, tales como su eficacia; la rapidez con la que se aprueben, se elaboren y se distribuyan; y la cantidad de personas que se hayan vacunado.

La mayoría de los científicos prevén que, como ocurre con casi todas las demás, las vacunas contra la COVID-19 no serán 100% eficaces. La OMS está trabajando para que cualquier vacuna que sea aprobada tenga la mayor eficacia posible, de manera que tenga el mayor impacto posible en la pandemia.

Acceso a las vacunas contra la COVID-19

4. ¿Quiénes serán los grupos de población que recibirán primero la vacuna contra la COVID-19?

Cuando se disponga de una vacuna contra la COVID-19, habrá una enorme

demanda y la oferta será limitada. Las poblaciones prioritarias para la primera ronda de vacunas se definirán en función del objetivo de vacunación: a) proteger el sistema de salud y permitir la continuidad de los servicios de salud esenciales (probablemente incluya a trabajadores esenciales, incluidos los trabajadores de salud); b) reducir la morbilidad grave por COVID-19 y la mortalidad en grupos de alto riesgo (adultos mayores de 65 años y otros adultos de alto riesgo con enfermedades subyacentes); c) reducir la transmisión (vacunación de adultos jóvenes). El SAGE de la OMS, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Grupos Técnicos Asesores Nacionales sobre Inmunización (NITAG) desempeñarán un papel clave al brindar orientación y recomendaciones. Con base en la evidencia científica y la situación epidemiológica de la pandemia, cada país determinará cuáles serán los grupos prioritarios para la vacunación.

5. ¿Cuál será la mejor estrategia de vacunación?

Los países deben planificar diferentes estrategias de vacunación para llegar a los grupos objetivo. También será importante que los países evalúen las capacidades en cuanto a la cadena de frío y determinen sus existencias de equipos y sus necesidades de capacitación. Se deben aprovechar las lecciones aprendidas de la distribución de la vacuna contra la influenza pandémica H1N1 e introducciones de otras nuevas vacunas.

6. ¿Cuál será el precio de las vacunas contra la COVID-19?

Esta información aún se desconoce y se basará en numerosos factores, como la dinámica del mercado, la estrategia de determinación de precios de los fabricantes, los compromisos anticipados de mercado, el costo de la investigación y desarrollo, el costo de escalamiento de las capacidades de fabricación, la confiabilidad de la demanda y los enfoques de riesgo compartido, etc. Con base en la información inicial disponible, se sabe que algunos fabricantes se comprometieron a obtener rendimientos mínimos (enfoque sin fines de lucro) de sus productos futuros, en tanto que otros fabricantes indican que basarán sus precios en la clasificación de los países en función de sus ingresos (precios diferenciados).

El Acelerador ACT y el Mecanismo COVAX

7. ¿Qué es el Acelerador ACT?⁵

El Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (ACT, por su sigla en inglés) es un mecanismo que reúne a numerosos asociados en un esfuerzo mundial para apoyar el acceso equitativo a los tres pilares relacionados con la COVID-19: diagnóstico, tratamiento y vacunación. El pilar de vacunación incluye tres componentes: desarrollo y producción de vacunas, coordinados por la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI); política y asignación, coordinadas por la OMS; y compra y distribución a escala mundial, coordinadas por Gavi con la participación de otros asociados, incluida la OMS. Para obtener más información, véase el enlace siguiente: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator>.

8. ¿Cuál sería el beneficio de un mecanismo de acceso mundial a las vacunas contra la COVID-19?

Podrían presentarse tres situaciones (no excluyentes entre sí) para que un país considere el acceso a las vacunas contra la COVID-19:

- **Mecanismo de acceso nacional:** los países negocian acuerdos directamente con los fabricantes. Existe el riesgo de que se concentren los recursos en unas pocas vacunas experimentales contra la COVID-19 que podrían fracasar.

- **Mecanismo de acceso mancomunado:** grupos de países o bloques regionales negocian acuerdos de suministro con los fabricantes. También existe el riesgo de que se concentren los recursos en unas pocas vacunas experimentales que podrían fracasar.

- **Mecanismo de acceso mundial:** los países participan en un mecanismo coordinado a nivel mundial para comprar y acceder a las vacunas contra

² Este texto se ha editado de la publicación original "Preguntas frecuentes sobre las vacunas candidatas contra la COVID-19 y mecanismos de acceso," publicado en: <https://www.paho.org/es/documentos/preguntas-frecuentes-sobre-vacunas-candidatas-contracovid-19-mecanismos-acceso-version>
³ Las preguntas 1 a 3 fueron publicadas originalmente en "Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines 28 October 2020 | Q&A": ([https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7d&gclid=EA1a1QobChM0N1Rst7Q1VEYWRCh1n100mQEAYASAAEQLEePD_BwE](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7d&gclid=EA1a1QobChM0N1Rst7Q1VEYWRCh1n100mQEAYASAAEQLEePD_BwE))

⁴ Véase la lista más actualizada de vacunas experimentales publicada por la OMS en <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> (en inglés)

⁵ Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (ACT): <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator> (en inglés)

PREGUNTAS FRECUENTES cont. página 3

la COVID-19, y de esta manera podrán cubrir el riesgo y aumentar las posibilidades de éxito al contribuir a una cartera grande y diversa de vacunas contra la COVID-19. Al mismo tiempo, mediante un mecanismo mundial de este tipo, los gobiernos con capacidad limitada o nula para financiar sus propias compras bilaterales pueden tener garantizado el acceso a vacunas que salvan vidas y que de otro modo estarían fuera de su alcance.

9. ¿Qué es el Mecanismo COVAX?

El Mecanismo de Acceso Global a la Vacuna contra la COVID-19 (COVAX) representa una colaboración multilateral a escala mundial destinada a acelerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 cuando estén disponibles. Véase más información en: <https://www.gavi.org/covid19/covax-facility> [en inglés]. Hasta el momento, nueve vacunas forman parte de la cartera de COVAX y 172 países han expresado su interés en participar en este mecanismo. Véase más información en: <https://www.who.int/es/news/item/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>.

10. ¿Qué es el compromiso anticipado de mercado del COVAX, coordinado por Gavi?

Dentro del Mecanismo COVAX hay dos grupos de países. El primer grupo se compone de los países autofinanciados; el segundo, por los 92 países que pueden recibir una subvención para ayudar a cubrir el costo de las nuevas vacunas contra la COVID-19. En la Región de las Américas, 10 países cumplen los requisitos para recibir apoyo por medio del compromiso anticipado de mercado de COVAX: Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas. La lista de países está disponible en: <https://www.gavi.org/news/media-room/92-low-middle-income-economies-eligible-access-covid-19-vaccines-gavi-covax-amc> [en inglés]. Para más información sobre este mecanismo, véase el siguiente enlace: <https://www.gavi.org/sites/default/files/2020-06/Gavi-COVAX-AMC-IO.pdf> [en inglés].

Validación de una herramienta de categorización del riesgo para el monitoreo de la cadena de frío en el nivel local

Uno de los temas de actualidad es saber cuándo llegará una vacuna contra la COVID-19. Pero más allá de la vacuna o las vacunas contra la COVID-19, es de gran importancia preparar un plan para su introducción que incluya todos los componentes, así como los elementos para poder recibir, almacenar y distribuir las vacunas disponibles asegurando mantener durante toda la cadena de suministro las temperaturas recomendadas por el fabricante y por ende su potencia. Para ello, tanto las autoridades de salud como los gobiernos deben adecuar esta logística de entrega y contar con una cadena de frío fortalecida para la adecuada conservación y almacenamiento de las vacunas.

Las vacunas requieren condiciones especiales de almacenamiento para garantizar su inmunogenicidad y eficacia protectora, desde su salida del laboratorio fabricante hasta el momento de su administración a las personas. Para que la cadena de frío sea efectiva, no sólo es necesario contar con un equipamiento adecuado y en buenas condiciones, sino también tener un recurso humano capacitado que maneje las vacunas y los insumos en forma apropiada.

Con el objetivo de contar con una herramienta para el monitoreo de la cadena de frío en los vacunatorios, se diseñó un formulario, que además de caracterizar el riesgo, permite adoptar decisiones y monitorear los cambios en el tiempo. En el mismo, no solo se destacan los datos del personal y su capacitación, sino que se agregan elementos para la evaluación, indagando acerca de una serie de conocimientos básicos que no pueden estar ausentes en el recurso humano que trabaja en los vacunatorios, como por ejemplo los conceptos de termo estabilidad de las vacunas, así como la correlación de los conocimientos con los procesos del área. Otro elemento que se consideró para el formulario es la actualización de nuevos dispositivos como el uso de los sensores, contenedores o cajas térmicas.

Herramienta de categorización de riesgo

Esta herramienta se basa en el cumplimiento de los distintos procesos, en

11. ¿Cómo se asignarán las vacunas contra la COVID-19 a los países?

Se requiere una metodología para asignar de manera justa las vacunas contra la COVID-19, que deberá priorizar el suministro de vacunas según una reducción del impacto del virus lo más rápido posible. Los asociados mundiales están trabajando de manera conjunta a fin de establecer el marco y el mecanismo necesarios para garantizar una distribución imparcial mediante el marco de asignación justa y equitativa de la OMS y el Mecanismo COVAX. Las vacunas se entregarán a todos los países participantes, en proporción a su población, y de tal manera que inicialmente se cubrirá el 3% de la población del país y, más adelante, hasta el 20%. Se pondrán también a disposición de los países dosis adicionales en función de las necesidades, la vulnerabilidad y la amenaza de la COVID-19.

Fondo Rotatorio y Mecanismo COVAX

12. ¿Qué es el Fondo Rotatorio de la OPS?

El Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas es un mecanismo regional de compras mancomunadas. Durante más de 40 años, el Fondo Rotatorio facilitó pronósticos de demanda y usos de recursos nacionales para comprar vacunas de alta calidad que salvan vidas y productos conexos al precio más asequible para los países de la Región de las Américas. Actualmente, 42 Estados Miembros y territorios se benefician de los servicios del Fondo Rotatorio. Véase más información en: <https://www.paho.org/es/recursos/fondo-rotatorio-ops>.

13. ¿Qué relación existe entre el Fondo Rotatorio de la OPS y el Mecanismo COVAX?

Siendo el mecanismo de compras mancomunadas de vacunas más grande del mundo para los países que se autofinancian, la OPS contribuyó al diseño del Mecanismo COVAX. En el documento de diseño técnico del Mecanismo COVAX del 11 de junio, el Fondo Rotatorio de la OPS fue reconocido como un bloque unificado, que representa a 39 países que expresaron su interés. ■

ítems definidos y divididos en criterios mayores y menores, estableciéndose categorías de riesgo alto, intermedio y bajo. Los resultados se priorizan de acuerdo con el monitoreo posterior, la implementación de medidas en el tiempo esperado de corrección y seguimiento.

La herramienta de categorización de riesgo está pensada para su uso durante la visita de supervisión, y también para que los mismos trabajadores de salud puedan realizar una autoevaluación de su cadena de frío, donde podrán analizar las condiciones de la cadena de frío de sus vacunatorios, con consignas claras y concretas.

Clasificación de los criterios

Criterios mayores (7): Están integrados por elementos que de por sí solos, ya constituyen un riesgo elevado, dado que tienen un alto grado de afectación de la cadena de frío ya sea por el nivel de seguridad, la calidad o el nivel de protección.

- Personal que no tiene curso PAI (curso básico que otorga la capacitación correspondiente para ser vacunador/a)
- No son refrigeradores exclusivos para vacunas
- No hay planillas de control de temperatura completas
- Las temperaturas dentro de los refrigeradores no están en el rango óptimo
- Hay presencia de medicamentos
- Hay presencia de vacunas vencidas
- Hay presencia de alimentos o muestras de laboratorio

Criterios menores (16): Están integrados por elementos que individualmente no constituyen gravedad, pero la sumatoria de ellos sí.

- Hay vacunas tocando las paredes
- Hay vacunas ubicadas en la puerta

HERRAMIENTA cont. página 4

Criterios	Riesgo	Ítems	Sí	No
Mayores	Alto (presencia de un punto o más)	Personal que no tiene curso PAI		
		No son refrigeradores exclusivos para vacunas		
		No hay planillas de control de temperatura completas		
		Las temperaturas adentro de los refrigeradores no están en el rango óptimo		
		Hay presencia de medicamentos		
		Hay presencia de alimentos o muestras de laboratorio		
		Hay presencia de vacunas vencidas		
Menores	Alto (presencia de 16 a 12 puntos)	Hay vacunas tocando las paredes		
		Hay vacunas ubicadas en la puerta		
		Hay vacunas ubicadas en la legumbreira		
		No se abre el refrigerador, solo al inicio y al final del día		
	Intermedio (presencia de 11 a 4 puntos)	No hay al menos 3 botellas de agua en el refrigerador		
		Hay más de 10 mm de escarcha en el congelador		
		No se limpia el refrigerador al menos 1 vez por mes		
		No hay plan de contingencia escrito y visible		
		No hay conceptos de daño de las vacunas a altas temperaturas (por encima de 8°C)		
		No hay conceptos de daño de las vacunas a bajas temperaturas (por debajo de 0°C)		
Bajo (presencia 3 a 1 puntos)	No se conoce la prueba de agitación			
	No se identifica la ubicación de las vacunas según termo estabilidad			
	No se conoce la política de frascos abiertos			
	No se conoce la recomendación de uso de los paquetes fríos			
	No se conocen los sensores de temperatura			
	No se rotulan los viales multidosis de dT y hepatitis B			

- Hay vacunas ubicadas en la legumbreira
- No se abre el refrigerador, solo al inicio y al final del día
- No hay al menos 3 botellas de agua en el refrigerador
- Hay más de 10 mm de escarcha en el congelador
- No se limpia el refrigerador al menos 1 vez por mes
- No hay plan de contingencia escrito y visible
- No hay conceptos de daño de las vacunas a altas temperaturas (por encima de 8°C)
- No hay conceptos de daño de las vacunas a bajas temperaturas (por debajo de 0°C)
- No se conoce la prueba de agitación
- No se identifica la ubicación de las vacunas según termo estabilidad
- No se conoce la política de frascos abiertos
- No se conoce la recomendación de uso de los paquetes fríos
- No se conocen los sensores de temperatura
- No se rotulan los viales multidosis de dT y de la vacuna contra la hepatitis B

Clasificación de riesgo

- **Riesgo alto:** Clasificados como críticos, ya que ante la presencia de uno de los criterios mayores, desencadenan acciones inmediatas de corrección, como también un seguimiento especial a estos vacunatorios, excepto para el ítem de personal sin capacitación básica, que se le dará prioridad para completarlo en los siguientes meses.

También se incluye en esta categoría de alto riesgo, si ante los criterios menores, se identifica la presencia de más del 75% de los mismos (16 a 12 de los puntos).

- **Riesgo intermedio:** Clasificados como de riesgo moderado, ante la presencia del 25% al 74% de los criterios menores (11 a 4 de los puntos), desencadenan acciones de corrección para resolverlo en un plazo mediano dentro de los 15 días posteriores a la visita.
- **Riesgo bajo:** Ante la presencia de menos del 25% de los criterios menores (3 a 1 de los puntos), desencadenan acciones de corrección a continuación, para resolverlo en un plazo mayor dentro de los 30 días posteriores a la visita.

La implementación de la herramienta permite no solo poder contar con la visión particular de un vacunatorio, sino también acceder a un panorama general de los elementos valorados. Este análisis permite programar capacitaciones más dirigidas, realizar comparaciones entre las distintas instituciones (hospitales, centros de salud) y entre distintos sectores (públicos, seguridad social, privado), además de registrar los cambios en el tiempo y tener un seguimiento.

Comentarios finales

Esta herramienta fue el resultado final de la tesis “Análisis de la gestión del Programa de Inmunizaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el componente cadena de frío, para la elaboración de un plan de mejoras y recomendaciones,” en el marco de la Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Favaloro de Buenos Aires, Argentina, concluida en diciembre del 2019. La misma fue validada en los vacunatorios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ■

Autor: Dra. Marcos María Alejandra;
Director de Tesis: Dra. Magariños Mirta

Resumen de la clasificación de riesgos

Riesgo cadena de frío	Presencia de criterios	Acciones
Alto	Un criterio mayor o 16 a 12 criterios menores	Inmediatas Seguimiento especial Medidas particulares
Intermedio	11 a 4 criterios menores	Corrección dentro de los 15 días de la visita
Bajo	3 a 1 criterios menores	Corrección dentro de los 30 días de la visita
No tiene riesgo	Ningún criterio	

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Módulo I, III y IV— 2006
2. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones Nacionales de Vacunación Argentina 2012. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013; disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/05/Recomendaciones-Nacionales-de-VACUNACION-ARGENTINA-_2012.pdf
3. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud. Argentina. Vacunación Segura: Cadena de frío. "Manual de almacenamiento de las vacunas para el Nivel Operativo"
4. Carrasco et al. Cadena de frío del Programa Ampliado de Inmunización. Una experiencia de evaluación. Bol of Sanit Panam 94 (1). 1983: 37-45
5. Lloyd J, Cheyne J. The origins of the vaccine cold chain and a glimpse of the future. Vaccine 35(2017) 2115-2120
6. Organización Panamericana de la Salud, Boletín de Inmunización, La cadena de frío, Volumen XLI Número 2, Junio del 2019, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-inmunizacion-v41-n2-jun-2019>
7. Organización Panamericana de la Salud, Boletín de Inmunización, Cómo hacer la prueba de agitación, Volumen XXXII, Número 2, abril del 2010, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-inmunizacion-abril-2010>
8. Kartoglu U, Kenan Özgüler N, Wolfson L & Kurzatkowski W. Validación de la prueba de agitación para detectar daños por congelación en las vacunas adsorbidas. Boletín OMS. Volumen 88, agosto 2010, 561-640. Fecha de última consulta: 4 de septiembre de 2019. Artículo completo disponible en inglés en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879.pdf> Resumen en español disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879-ab/es/>
9. Organización Mundial de la Salud, Uso de los sensores de control de los viales de vacunas. Ginebra: OMS; 2000. (WHO/V&B/00.14).
10. Ortega Molina P et al. Cadena de frío para la conservación de las vacunas en los centros de atención primaria de un área de Madrid: Mantenimiento y nivel de conocimiento. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:333-346
11. Ortega Molina P et al. Mantenimiento de la cadena de frío para las vacunas: una revisión sistemática. Gac Sanit 2007; 21 (4): 343-8
12. Setia S, Mainzer H, Washington M, Coil G, Snyder R, Weniger B. Frequency and causes of vaccine wastage. Vaccine 20 (2002) 1148–1156
13. Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Sanidad y Junta de Comunidades Castilla-La Mancha Manual cadena de frío, actualizado 2018, disponible en: <https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20181024/manual-cadena-frio.pdf>
14. Zaffran M, et al. The imperative for stronger vaccine supply and logistics systems. Vaccine 31S (2013) B73–B80

¿Aspirar o no aspirar antes de administrar la vacuna?

Una pregunta muy frecuente en inmunizaciones es si es necesario aspirar antes de administrar una vacuna, con el objetivo de asegurarse que la aguja esté en el lugar correcto y que la vacuna no se vaya a administrar en una vena. La aspiración consiste en retroceder el émbolo de la jeringa durante 5-10 segundos, una vez que se haya insertado la aguja para ver si regresa sangre a la jeringa.

Dos revisiones sistemáticas de la literatura^{6,7} sobre la información publicada en diferentes guías, como por ejemplo las guías de la Organización Mundial de la

Salud (OMS), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Agencia Federal de Medicamentos de E.E.U.U. (FDA), Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), Asociación Médica Británica, Consejo de Enfermería y Partería del Reino Unido (NMC), el Consejo de Acreditación de Enfermería y Partería de Australia, la Agencia de Salud Pública de Canadá y la Asociación Médica de Pakistán (PMA) entre marzo del 2008 y marzo del 2014, encontraron que esta práctica es innecesaria. ■

Algunos aspectos para resaltar de estas revisiones:

- Tanto las guías del comité de prácticas de inmunización de la academia Americana de Pediatría⁸ publicadas por los CDC, como la guía de inmunización de la Agencia de Salud Pública de Canadá, establecen que la práctica de aspiración no es necesaria porque no hay grandes vasos sanguíneos presentes en los sitios de inyección recomendados. Adicionalmente, el proceso de aspiración prolonga el tiempo en el que la aguja está dentro del paciente haciendo la vacunación más dolorosa para los bebés.⁹
- En el *Pink Book de los CDC (Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases)*,¹⁰ el acto de no aspirar es presentado como un procedimiento para disminuir el dolor acompañado por otras estrategias como lactancia materna, la distracción y hacer estimulación táctil.
- Actualmente, algunos de los diseños de las jeringas auto-desactivables (AD) recomendadas por la OMS/OPS para la vacunación, pueden limitar esta práctica.
- La aspiración puede resultar en pérdida de vacuna.⁶
- Se tiene menos control durante la aspiración de un niño que puede estar inquieto lo que puede ocasionar lesiones locales. Durante una vacunación con una sola mano sin aspiración, el vacunador puede usar la otra mano para controlar al niño.⁶
- El riesgo que podría presentarse al eliminar la aspiración de la técnica de administración de vacunas de rutina puede mitigarse en cierta medida mediante una comprensión profunda de la anatomía y de los puntos de referencia de los sitios de inyección recomendados.

⁶ Sepah Y, Samad L, Altaf A et al. Aspiration in injections: Should we continue or abandon the practice? (doi: 10.12688/1100research.1113.3)
⁷ Sisson, H. (2015), *Aspirating during the intramuscular injection procedure: a systematic literature review*. J Clin Nurs, 24: 2368–2375. doi:10.1111/jocn.12824
⁸ Kroger AT, Duchin J, Vázquez M. General Best Practice Guidelines for Immunization. Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html>
⁹ Ipp M, Taddio A, Sam J, Gladbach M, Parkin PC. Vaccine-related pain: randomised controlled trial of two injection techniques. Arch Dis Child. 2007;92(12):1105-1108. DOI: 10.1136/adc.2007.118695
¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/vac-admin.html>

Cuadro 1. Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2020
(precios en dólares estadounidenses)

VACUNA		DOSIS POR FRASCO	PRECIO PROMEDIO POR DOSIS
BCG		10	\$0,2310
Polio bivalente oral (bOPV)		10	\$0,1700
		20	\$0,1280
Cólera		1	\$1,7000
DTP	Pediátrica	10	\$0,1813
DT	Pediátrica	10	\$0,1600
DTaP triple acelular	Pediátrica	1	\$16,2000
DTaP-IPV	Tetravalente acelular (jeringa prellenada)	1	\$12,8400
DTaP-IPV-Hib	Pentavalente acelular (jeringa prellenada)	1	\$15,8400
DTaP-IPV-Hep B-Hib	Hexavalente acelular	1	\$21,1200
DTP	Hib liofilizada (pediátrica)	1	\$3,0000
DTP hepatitis B Hib (pentavalente)	Líquida (pediátrica)	1	\$1,0083
Hepatitis A	Pediátrica	1	\$8,1660
	Adulta (frasco con jeringa prellenada)	1	\$13,6294
Hepatitis B (recombinante)	Adulta	10	\$0,2700
	Adulta	1	\$0,7402
	Pediátrica	1	\$0,5317
Hib	Liofilizada	1	\$2,1500
Virus del papiloma humano (VPH)	Tetravalente	1	\$9,9800
Polio inactivada (IPV)		5	\$3,1000
Sarampión/rubéola		1	\$2,4800
		10	\$0,6560
Sarampión/rubéola/parotiditis (cepa de Jeryl Lynn)		1	\$5,5900
Sarampión/rubéola/parotiditis (cepa de Zagreb)		1	\$2,7500
		5	\$1,4300

VACUNA		DOSIS POR FRASCO	PRECIO PROMEDIO POR DOSIS
Meningococo ACYW135		1	\$20,300
Antineumocócica conjugada (pediátrica)	10-valente (PCV-10)	1	\$12,850
	13-valente (PCV-13)	1	\$14,500
Antineumocócica no conjugada (adulta)	Adulta 23-valente	1	\$8,6300
Contra la rabia, uso humano (células de Vero)		1	\$9,9298
Antirrotavírica, líquida	Esquema de vacunación de dos dosis	1	\$6,5000
Influenza estacional trivalente hemisferio sur 2020	Adulta (origen coreano)	1	\$3,2400
	Adulta (origen coreano)	10	\$2,3900
	Adulta (origen francés)	10	\$2,6500
	Adulta origen francés (jeringa prellenada)	1	\$3,2000
	Pediátrica (origen coreano)	20	\$1,1950
Influenza estacional cuadrivalente	Pediátrica (origen francés)	20	\$1,3250
	Adulta (origen coreano)	1	\$5,2000
	Adulta (origen coreano)	10	\$4,4000
DT	Adulta (origen francés)	10	\$5,1400
	Adulta	10	\$0,0984
DTaP triple acelular	Adolescente/adulta	1	\$12,9378
Fiebre tifoidea (polisacárida)		20	\$10,0000
Varicela		1	\$15,8500
Fiebre amarilla		10	\$1,4300
		5	\$1,2800

Cuadro 2. Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2020–21
(precios en dólares estadounidenses)

JERINGAS CONVENCIONALES		
TAMAÑO	EMPAcado POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
1cc 22G x 1 1/2"	2400	\$0,0225
	1500	\$0,0230
1cc 23G x 1"	3200	\$0,0202
	2000	\$0,0243
	1500	\$0,0207
3cc 23G x 1"	2400	\$0,0225
	2000	\$0,0203
	1800	\$0,0282
5cc 22G x 1 1/2"	1800	\$0,0315
	1200	\$0,0287

* Precio FCA (Free Carrier) para cada jeringa.

** Se usan distintos proveedores cuando el tamaño de las jeringas y el empaçado por caja son iguales, pero tienen precios distintos.

Fuente: <https://www.paho.org/es/recursos/fondo-rotatorio-ops>

Cambios en los precios de las vacunas y las jeringas en el 2020

Las facturas para los Estados Miembros se emitirán de acuerdo con estos precios. Las facturas preparadas por la OPS incluirán el costo de vacuna, la inmunoglobulina, la jeringa o la caja de seguridad, los costos de empaçado, los fletes, el seguro y una comisión de 4,25%. Esta comisión se aplica solo al costo del producto e incluye una contribución de 3% a la línea de crédito que el Fondo Rotatorio ofrece a los Estados Miembros que la necesiten, así como un cobro por servicio de 1,25%.

JERINGAS AUTOINUTILIZABLES		
TAMAÑO	EMPAcado POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
0,5cc 22G x 1 1/2"***	3000	\$0,0480
	3000	\$0,0525
0,5CC 23G X 1"***	3000	\$0,0338
	3000	\$0,0290
0,5cc 25G x 5/8"***	3000	\$0,0370
	3000	\$0,0380
0,1cc 27G x 3/8"***	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0348
0,05CC 26G X 3/8"	3000	\$0,0380

JERINGAS RETRÁCTILES		
TAMAÑO	EMPAcado POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
0,5cc 23G x 1"	800	\$0,1600
0,05CC 26G X 3/8"	3000	\$0,0450

El Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas depende de la estrecha coordinación con los Estados Miembros para suministrar proyecciones anuales exactas y oportunas sobre las vacunas, además de reconfirmaciones de la demanda, actualizadas por trimestre. **La disponibilidad oportuna de información exacta es fundamental para que el trabajo de la OPS garantice el acceso oportuno y la asequibilidad de estos productos a todos los Estados Miembros.**

El Boletín de Inmunización se publica cuatro veces al año, en español, inglés, francés y portugués por la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región y más allá.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

ISSN 1814-6252

Volumen XLII Número 4 • Diciembre del 2020

Artículo recomendado:

Boletín de Inmunización: Orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra la COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Volumen XLII Número 3, Septiembre 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52956>.

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia y Cuahtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2020. Todos los derechos reservados.

Unidad de Inmunización Integral de la Familia

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org/inmunizacion>



OPS

BROOME cont. página 1



Dra. Karen Broome.

al asesoramiento que brindan a pacientes, usuarios de los servicios y otros miembros del público en general. Se debe empoderar a los funcionarios y el personal técnico del sector de la salud para que puedan defender estas vacunas no solo en los centros de salud u otros sitios donde se apliquen, sino también en sus hogares y comunidades, así como en las reuniones

con interesados directos y otras personas relacionadas. En el 2021 será necesario crear y mantener la demanda de vacunas contra la COVID-19 para que los países puedan proteger la salud pública y minimizar el impacto social y económico de esta enfermedad.

El personal de los programas nacionales de inmunización (PNI) pasó a ser un recurso sumamente preciado y muy solicitado. En los últimos diez meses, el Caribe ha estado respondiendo a la COVID-19 y el personal de los PNI se ha mantenido tenazmente al frente en la lucha contra la propagación de la COVID-19.

Al formar parte del equipo que combate los brotes epidémicos, estos funcionarios:

1. Asumieron con prontitud funciones a nivel de operaciones y coordinación, garantizando que las actividades de gestión y control de la pandemia se llevaran a cabo de manera eficaz y eficiente.
2. Infundieron en la dirección política y en otros funcionarios técnicos la confianza necesaria para apoyar las recomen-

daciones basadas en la evidencia que tenían como finalidad controlar la pandemia de COVID-19, gracias a sus competencias y conocimientos sobre las vacunas.

3. Trabajaron sobre el terreno realizando actividades de localización de contactos, reforzando la vigilancia en los puertos de entrada y, más recientemente, realizando evaluaciones sobre las capacidades de la cadena de frío y completando los planes nacionales de despliegue y vacunación para las vacunas contra la COVID-19.

Lamentablemente, a veces estas actividades se han llevado a cabo a expensas del programa de inmunización, por lo que no se han alcanzado los resultados establecidos en las metas nacionales de vigilancia y cobertura de las vacunas del esquema regular. El fortalecimiento continuo de los programas de inmunización en el Caribe ha permitido cosechar importantes beneficios en la subregión, puesto que estos funcionarios altamente capacitados han podido trabajar en todos los aspectos de las actividades de seguimiento, control y prevención de la COVID-19. El 2020 ha puesto de relieve que los programas de inmunización no consisten únicamente en llenar jeringas con vacunas y meterlas en refrigeradores ya listas para aplicarlas en los brazos y muslos de las personas. Los programas de inmunización están conformados por un grupo diverso de personas —personal de enfermería, médicos, empleados administrativos y personal auxiliar— que han estado en el frente de la pandemia aplicando sus aptitudes y su experiencia para proteger a sus familias y comunidades, así como a pacientes y usuarios de los servicios, de la morbilidad y mortalidad asociadas con la COVID-19.

Mi asignación creó muchas oportunidades de aprendizaje, no solo sobre la labor de la organización, sino también sobre el personal tras bastidores. Llegué en un momento en que la mayor parte del personal estaba trabajando desde casa y las reuniones virtuales y las llamadas habían pasado a ser la norma. Desde el 2014 he participado en las actividades de

inmunización realizadas a nivel nacional en Barbados y ya había tenido la suerte de interactuar en varias ocasiones con mis nuevos compañeros de trabajo en la unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS y otros funcionarios de la Representación de Barbados. En poco tiempo me di cuenta de que tenía el privilegio de estar en casa con mi familia, ya que muchos de mis colegas se estaban viendo obligados a ver desde lejos que sus familias, en otros países, debían realizar grandes esfuerzos para evitar contagiarse durante la pandemia de COVID-19 y que algunos de sus amigos y familiares sucumbían ante la enfermedad. Los cierres de fronteras y los protocolos de cuarentena tornaron aún más difícil la situación, puesto que para algunos funcionarios fue imposible viajar a sus países de origen durante meses y tuvieron que conformarse con ver a sus seres queridos por medio de videollamadas. El teletrabajo a veces causó aislamiento y la salud mental fue motivo de preocupación para algunos, pero la Organización nunca se detuvo. En medio de esas tribulaciones, pude presenciar que el personal cumplía con los plazos establecidos, trabajaba incesantemente con los países y los asociados, asistía a una, otra y otra reunión virtual, y respondía con amabilidad cada llamada de Microsoft Teams, muchas de ellas sin previo aviso, brindando palabras de consuelo cuando era necesario. La fuerza mental y emocional del equipo se puso a prueba este año y todos sobrevivimos.

A medida que el año 2020 llega a su fin y se aproximan las posibilidades y promesas del 2021, todos debemos reflexionar sobre lo que hemos logrado y sobre la manera en que se ha fortalecido nuestra determinación para enfrentar lo que traiga el nuevo año. En todo lo que nos ofreció el 2020, aprendí que en cada experiencia nueva o en cada evento inesperado relacionado con la salud, siempre había oportunidades de crecimiento personal y desarrollo profesional que fortalecieron no solo la persona que yo era, sino también y por extensión los programas en los que trabajaba y, en última instancia, los programas de inmunización con los cuales colaboré. ■