

# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud



Volumen XLIV, número 3

Proteja a su familia vacunándola

Septiembre del 2022

## Intercambio sobre las estrategias de comunicación y la generación de demanda para mejorar las tasas de vacunación contra la COVID-19 y la vacunación sistemática

Desde la introducción de las vacunas contra la COVID-19 en la Región de las Américas en el año 2021, se han administrado más de 1960 millones de dosis y el 69,4% de la población de la Región está vacunada.<sup>1</sup> Sin embargo, solo 17 de los 51 países y territorios han alcanzado el objetivo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de una cobertura vacunal del 70%. La vacunación contra la COVID-19 en los diferentes países de las Américas se enfrenta a numerosos y complejos desafíos, entre ellos, la infodemia, con mitos y desinformación que circulan ampliamente (preocupación por la seguridad y eficacia de las nuevas vacunas desarrolladas en tiempo récord, rumores de los grupos antivacunas, etcétera), y la reticencia a vacunarse.

Por lo tanto, gracias a una solicitud del Ministerio de Salud de Perú, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS organizaron dos sesiones de intercambio entre países hispanohablantes de América Latina con la finalidad de presentar estrategias exitosas de comunicación y generación de demanda. Estas estrategias fueron desplegadas para mejorar las tasas de cobertura y la aceptación de la vacuna, tanto para la COVID-19 como para la inmunización sistemática a lo largo de la vida.

Ambas sesiones contaron con la participación de ministerios de salud de la América Latina hispanohablante, puntos focales de inmunización y comunicación de la OPS, además de colegas de otras organizaciones de las Naciones Unidas y asociados. Para la primera sesión de intercambio, llevada a cabo en junio del 2022, los presentadores de las experiencias y enseñanzas aprendidas fueron representantes de los Ministerios de Salud de Colombia, Guatemala, Perú y Uruguay, así como del Departamento de Salud del condado de Montgomery en el estado de Maryland, Estados Unidos de América. Se pidió que cada país presentara su experiencia en el área de trabajo donde más había conseguido logros en términos de cobertura vacunal.

### Guatemala: grupos indígenas

El doctor Rodolfo Pineda, responsable de la Dirección de Área de Salud de Petén Sur Oriente de Guatemala, presentó las actividades que se han llevado a cabo en el país a nivel local y con líderes comunitarios mayas, xinkas y garífunas. El propósito de estas iniciativas es avanzar la vacunación contra la COVID-19 en esas poblaciones, con el apoyo de distintos asociados y

Ver COVID-19 página 2

## EN ESTA EDICIÓN

- 1 Intercambio sobre las estrategias de comunicación y la generación de demanda para mejorar las tasas de vacunación contra la COVID-19 y la vacunación sistemática
- 2 Conversación con Daniel Salas, nuevo jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS
- 3 La vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas: metas alcanzadas y desafíos futuros
- 4 El Programa Ampliado de Inmunización de El Salvador se prepara para la campaña nacional de vacunación en el marco de la Semana de Vacunación en las Américas
- 5 IX.ª Reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

## Conversación con Daniel Salas, nuevo jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS

En mayo del 2022, Daniel Salas asumió el cargo de jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia, parte del Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida de la OPS. Hablamos con él para conocerlo un poco mejor.

El doctor Salas, de Costa Rica, recibió su título en Medicina de la Universidad de Costa Rica en el año 2001. También hizo una maestría en Epidemiología, en la especialidad de Epidemiología Aplicada a los Sistemas de Salud, en la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Posteriormente recibió un diploma como especialista en Gestión de Proyectos del Instituto Tecnológico de Costa Rica.

### ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en salud pública?

Veinte años.

### ¿Veinte años exactos? ¿Se acuerda cuándo empezó?

Sí, fue en febrero del 2002, entonces serían 20 años y 5 meses.

### Bastante tiempo.

Sí, hace mucho tiempo. Yo siempre he sido un apasionado de la mejora continua, siempre estar desafiando el *statu quo*, ir un poco más allá. Creo que parte de lo que uno pretende o lo que se tiene que gestar para lograr cambios en la salud pública es no siempre aceptar las cosas como están. Yo sé que hay productos que están muy bien hechos, que se han logrado a través del tiempo, y que es importante sostenerlos. Pero los tiempos cambian, las necesidades cambian, y las organizaciones, las instituciones y la oferta tienen que cambiar también. Yo creo mucho en eso, y aunque son 20 años de trabajar en salud pública, siento como que estuviera empezando en el sentido de que veo muchos retos y me emociono de poder afrontarlos e ir generando los cambios que se requieren para cerrar brechas en la oferta de servicios y proyectos en salud. Esa oferta de lo que se requiere cambiar.

Ver SALAS página 8

<sup>1</sup> Datos al 15 de julio del 2022. Véase Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 Vaccination in the Americas. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

COVID-19 cont. página 1

la Representación de la OPS en Guatemala, así como la colaboración con el doctor Luis Castellano del Área de Salud de Petén Sur Oriente.

### Enseñanzas aprendidas

- La experiencia de Guatemala es un ejemplo clave de cómo la participación de la comunidad es primordial ante cualquier iniciativa de generación de demanda de vacunación.
- Es esencial que los gobiernos, a través de sus servicios de salud, involucren a líderes comunitarios que puedan apoyar con los mensajes de comunicación sobre los beneficios de las vacunas.
- La comunicación debe ser clara, simple y adecuada al lenguaje y el contexto cultural del público meta.

### Uruguay: personas mayores

La maestra Patricia Schroeder, directora del Departamento de Comunicación del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, presentó las actividades que se han llevado a cabo a fin de alcanzar, informar y vacunar a los grupos de personas mayores.

El Ministerio buscó diferentes formas de hacer que las vacunas estuvieran disponibles en los centros y llevarlas a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad para que fueran más accesibles. Además, elaboró el Plan de Vacunación COVID-19 2021-2022,<sup>2</sup> en el que se incluyeron los eventos designados para las personas mayores que estaban priorizadas. La vacunación se realizó por etapas con este método de priorización. Con base en el éxito de una iniciativa anterior con la vacuna contra la gripe (influenza) en el 2020, se comenzó a vacunar en los establecimientos residenciales (400 en todo el país) contra la COVID-19. Esta estrategia también sirvió para actualizar el registro de los establecimientos residenciales en los que las personas son vulnerables por su edad. Se hicieron revisiones de los esquemas primarios y de refuerzo, para verificar que estuvieran completos. Asimismo, el país instauró diferentes estrategias, como la campaña Pueblo a Pueblo, que llevaba vacunadores a las zonas más aisladas del país, llamadas telefónicas a personas mayores de 60 años para recordarles sus citas de vacunación y una campaña de comunicación en las redes de pago y cobranza del país.

Los resultados fueron excelentes, con coberturas de vacunación del 100% para la primera dosis en las personas mayores de 75 años y del 97% en las de 65 a 74 años. Las coberturas de la segunda dosis fueron del 99% en las personas mayores de 75 años y del 96% en las de 65 a 74 años. La primera dosis de refuerzo alcanzó coberturas del 87% en las personas de 65 a 74 años y del 85% en las mayores de 75 años. El país continúa promoviendo la segunda dosis de refuerzo en esta población, y aunque la cobertura es inferior, los mensajes sobre la disponibilidad de la vacuna y los lugares de vacunación continúan.

### Enseñanzas aprendidas

- Las personas que viven en establecimientos residenciales se encuentran entre los grupos en mayor situación de vulnerabilidad y es importante vacunarlas primero.
- Llevar a los vacunadores a los lugares aislados y vacunar a domicilio fue una estrategia exitosa para alcanzar a las personas con dificultades de movilidad y acceso.
- La comunicación a través de SMS y de llamadas directas a las personas mayores de 60 años para programar sus dosis de refuerzo fue una estrategia eficaz a fin de alcanzar a las que tienen menos acceso a los centros de vacunación.

- Una comunicación segmentada en los canales y lugares óptimos ayudó a que la vacunación en este grupo prioritario en Uruguay fuera exitosa.

### Colombia: poblaciones migrantes

Hugo Alejandro Arévalo Dillon, asesor de comunicaciones y prensa y despacho del Ministerio de Salud de Colombia, presentó las actividades que se han llevado a cabo para alcanzar a los grupos de personas migrantes con el propósito de informarlos y vacunarlos.

El 11 de diciembre del 2021, el Ministerio emitió el Decreto 1671 para incluir como población objetivo dentro del Plan Nacional de Vacunación<sup>3</sup> contra la COVID-19 a las personas que transitaron y transitan por el país en zonas fronterizas, indistintamente de su estado migratorio. El objetivo era proteger a la población migrante y reducir el riesgo de brotes en las zonas fronterizas. Este esfuerzo se convirtió en un hito de la ejecución del plan de vacunación, dadas las bajas coberturas de inmunización en este grupo poblacional, y contó con una estrategia de comunicación específica.

Colombia desarrolló estrategias para diagnosticar y evaluar cómo llegar a una persona migrante y se enfocó en que la vacunación fuera más accesible y en facilitar el cumplimiento de los esquemas de vacunación debido a la alta movilidad de este grupo poblacional. La estrategia de comunicación se enfocó en alcanzar a este grupo y, mediante un diagnóstico inicial, se encontró que las personas migrantes accedían a farmacias y droguerías. El Ministerio de Salud usó estos puntos de acceso al servicio de salud para informarlas sobre sus derechos a acceder a los servicios de salud. Además, se instalaron centros masivos de vacunación directamente en las fronteras.

En una colaboración con la entidad migratoria del país en octubre del 2021, se utilizaron los ocho puntos formales para la circulación de personas en la frontera entre Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, donde entre 7000 y 70 000 personas circulan cada día, dependiendo de la zona. Finalmente, se desarrollaron también actividades en las fronteras con Brasil, Ecuador y Perú. En estos lugares, se usaron parlantes para informar a las personas migrantes (sin importar su estado migratorio) sobre el derecho de acceder a la vacunación. Hasta la fecha del intercambio, el país había administrado 1 061 844 dosis a la población migrante: 642 494 de primera dosis y 419 350 de segunda dosis.

### Enseñanzas aprendidas

- Proteger a las poblaciones en situación de vulnerabilidad permitió una mejor protección de la población colombiana.
- La vacuna de una sola dosis de Janssen (la cual tenía un esquema completo de una dosis en el 2020 y el 2021) garantizó la vacunación completa de los grupos migrantes.
- Fue importante adoptar nuevos mecanismos de flexibilización migratoria que permitieran que las personas migrantes se vacunaran sin documentos.
- La estrategia de comunicación debe tener en cuenta los lugares donde se congregan las personas del grupo objetivo.
- Instalar centros masivos en las fronteras fue una manera eficaz de vacunar a los grupos migrantes directamente por donde pasaban.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Plan de Vacunación COVID-19. Disponible en: <https://www.gub.uy/uruguaysevacuna>

<sup>3</sup> Gobierno de Colombia. Decreto 1671 del 2021 del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Colombia: Gobierno de Colombia; 2021. Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=174057>

COVID-19 cont. página 2

### Estados Unidos de América: población hispanohablante

Mariana Serrani, gerente del programa *Por Nuestra Salud y Bienestar*, una iniciativa de salud latina del Gobierno del condado de Montgomery en el estado de Maryland, Estados Unidos, presentó las actividades que se han llevado a cabo para alcanzar a la comunidad latina e informar sobre las vacunas contra la COVID-19.

La iniciativa de salud tuvo lugar en el condado de Montgomery, cerca del Distrito de Columbia. El condado tiene una población de aproximadamente un millón de personas, en donde el 20% de la población es latina. Hasta junio del 2020, el 70% de todos los casos nuevos de COVID-19 del condado se presentaron en personas de origen latino. Para abordar este problema, la iniciativa de salud desplegó un plan para reducir los efectos de la COVID-19 en la población latina con cuatro objetivos: 1) aumentar el conocimiento y la prevención de la COVID-19; 2) promover los servicios de pruebas y vacunas contra la COVID-19; 3) ofrecer servicios a domicilio, y 4) ampliar el acceso a los servicios de salud y sociales.

Dentro de estos cuatro objetivos, la campaña de comunicación desempeñó un papel esencial de dos maneras: 1) informar a la comunidad acerca de los servicios disponibles, y 2) compartir mensajes informativos y de prevención de la enfermedad. Como portavoz de la campaña, la iniciativa desarrolló un personaje que fuera pertinente desde el punto de vista cultural, la Abuelina, una señora salvadoreña. La familia de Abuelina capturó la atención y la imaginación de la comunidad latina con mensajes breves, simples y culminados con información específica sobre, por ejemplo, dónde conseguir pruebas, cuándo hay que vacunarse y dónde vacunarse. Los mensajes eran accesibles y estaban disponibles en todas las plataformas de comunicación que administra la iniciativa. Otro elemento que acompañó la campaña de comunicación de la Abuelina y su familia fue el uso de personas reales de la comunidad, como líderes religiosos, personal médico, personal de salud de la comunidad y promotores de la salud.

La campaña de comunicación de la Abuelina ha alcanzado a más de 8 millones de personas en el área metropolitana de los estados de Maryland, Virginia y el Distrito de Columbia. Aproximadamente el 90% de la población latina se ha puesto la primera dosis, y entre el 75% y el 80%, la dosis de refuerzo. *Por Nuestra Salud y Bienestar* ha realizado más de 123 000 pruebas de COVID-19 y administrado más de 47 000 dosis de vacuna y refuerzo contra la COVID-19. La Abuelina ha recibido tres premios Emmy<sup>4</sup> por la campaña y por los anuncios de servicios públicos.

### Enseñanzas aprendidas

- La portavocía de los mensajes sobre la vacunación es un elemento fundamental de la estrategia de comunicación para que esta sea pertinente desde el punto de vista cultural.
- Involucrar a líderes religiosos y a personas influyentes de la comunidad de manera temprana y oportuna es una estrategia eficaz para ganarse la confianza de las comunidades.
- Es importante adaptar los mensajes de vacunación a cada público y crear campañas que motiven a los diferentes grupos de manera específica.
- Los eventos comunitarios son más exitosos cuando se celebran en un ambiente relajado y se tienen en cuenta el idioma principal y los horarios de las personas del grupo objetivo.

- Los estudios cualitativos y los grupos focales ayudan a entender las opiniones de grupos específicos, para así poder diseñar campañas de comunicación eficaces.

### Perú: poblaciones residentes en zonas fronterizas

Ana Cecilia Bardales Caballero, directora general de la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud de Perú, presentó las actividades que se han llevado a cabo para alcanzar a las comunidades en zonas de difícil acceso.

El país empezó con la implantación de la estrategia de vacunación con un gran enfoque en espacios para la vacunación en lugares centralizados en el cono de la ciudad. El Ministerio usó todos sus canales y herramientas de comunicación para difundir información sobre las vacunas, a saber, horarios, lugares y recomendaciones de las autoridades de salud. Para ellos fue muy importante saber no solamente por qué vía llegar a las personas, sino también cómo. Por tal motivo se presentó la estrategia *Vamos a tu Encuentro. Vacúnate Ya*, que tuvo como objetivo divulgar información de la vacuna en centros comerciales, centros deportivos, supermercados, barrios, etcétera.

En marzo del 2022, el Ministerio de Salud y la Dirección de Inmunización presentaron la campaña *El Barrio de Vacunación contra la COVID-19. Es tu Oportunidad*. El objetivo fue cerrar brechas de vacunación en las personas adultas y promover la vacunación pediátrica en menores de 5 a 11 años. La estrategia de comunicación comenzó con la organización de la comunidad: apoyo de gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones nacionales, organizaciones internacionales, líderes distritales y la empresa privada en diferentes ámbitos, incluidas las telecomunicaciones. Estos asociados apoyaron la labor de acercamiento a la comunidad. La campaña contempló anuncios sobre la llegada de suministros de vacunas en conferencias de prensa que se complementaron con materiales multimedia y entrevistas en los medios de comunicación. Esto ayudó a mantener a las personas informadas sobre los horarios, los lugares y los grupos poblacionales priorizados.

Una estrategia importante que se instauró para incrementar el acceso a la vacuna en zonas remotas fue la de las vacunas móviles, equipando autobuses con los materiales necesarios para vacunar a la población. Asimismo, se utilizaron mototaxis para llegar a lugares altos y de difícil acceso. Estos medios también contaban con materiales de comunicación, como panfletos y megáfonos, con el fin de difundir los mensajes de vacunación.

### Enseñanzas aprendidas

- Acercar la vacunación a las comunidades remotas y de difícil acceso es uno de los pasos más importantes para mejorar las coberturas de vacunación.
- Acompañar estas iniciativas con mensajes clave de acceso y de educación sobre los beneficios de las vacunas ayuda a que más personas se vacunen.
- Las alianzas con asociados estratégicos comunitarios ayudan a que los ministerios de salud reúnan recursos que en tiempos de emergencia pueden ser escasos. ■

<sup>4</sup> Los premios Emmy son otorgados por la Academia Nacional de las Artes y las Ciencias de la Televisión de Estados Unidos de América y premian los logros más destacados de la televisión. Véase Britannica, The Editors of Encyclopaedia. Emmy Award. Chicago: Encyclopaedia Britannica; 2020. Disponible en: <https://www.britannica.com/art/Emmy-Award>.

## La vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas: metas alcanzadas y desafíos futuros

El 31 de diciembre del 2020 se aprobó la primera vacuna contra la COVID-19 para ser incluida en la lista de la OMS para uso en emergencias, un año después de que se notificó oficialmente la aparición de un nuevo virus denominado SARS-CoV-2. Al 30 de junio del 2022 se habían administrado más de 12,1 mil millones de dosis de vacunas en todo el mundo, con un 61% de cobertura con la última dosis del esquema primario. En la Región de las Américas, a la misma fecha, se habían administrado un total de 1,91 mil millones de dosis y se había logrado completar el esquema primario de vacunación en el 68,6% de la población. La falta de acceso y seguimiento y la resistencia a la vacunación han llevado a observar resultados heterogéneos en los países de la Región. Las Américas es la segunda región con más casos de COVID-19, con aproximadamente 176 millones de personas contagiadas, y con la mayor cantidad de muertes, con 2,8 millones aproximadamente.<sup>5</sup> Sin embargo, este contexto sería peor sin el efecto que han tenido las vacunas.

El proceso de vacunación contra la COVID-19 ha significado un gran esfuerzo por parte de los países, organismos internacionales y, en especial, de todo el personal de salud implicado en esta inmensa tarea. Las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE, por su sigla en inglés) sobre Inmunización de la OMS y el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunas de la OPS han sido fundamentales para orientar la toma de decisiones técnicas sobre cómo aprovechar al máximo las vacunas disponibles. Los Gobiernos de la Región asumieron el compromiso de hacer llegar las vacunas a todos los habitantes de sus territorios, para lo cual resultó fundamental el empeño de sus presidentes, ministros, universidades, autoridades regulatorias, programas de inmunización y grupos asesores nacionales. Otros aspectos relacionados con el diseño y la ejecución de la estrategia de vacunación y el desarrollo e implantación de las tecnologías de la información que acompañan y apoyan el proceso han permitido completar los esquemas de vacunación contra la COVID-19 y evitar millones de muertes en la Región.

Sin embargo, sigue vigente el desafío de alcanzar los objetivos de cobertura establecidos por la OPS<sup>6</sup> en varios de los países y territorios de la Región de las Américas, entendiendo que, para cumplirlos, toda la población debe estar protegida. A fin de planificar, desarrollar y dar cuenta de la estrategia de vacunación, fue necesario fortalecer a todo el programa de inmunización, así como introducir o potenciar las herramientas tecnológicas innovadoras que dieran soporte a los programas de vacunación.

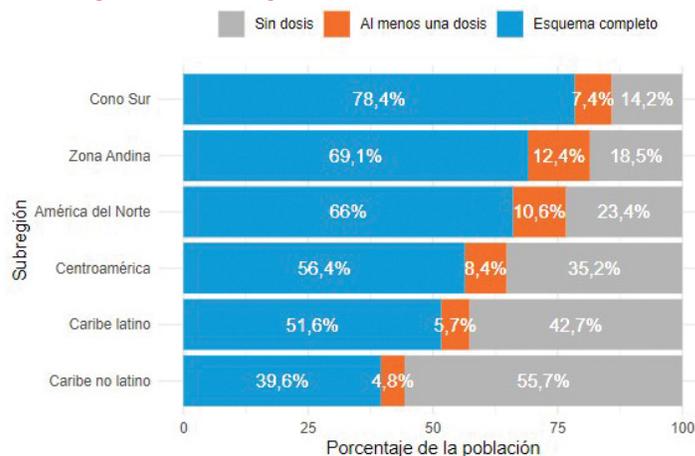
Desde mayo del 2021, los países han informado mensualmente sobre las estrategias de vacunación contra la COVID-19 a través de la plataforma del formulario electrónico para la notificación conjunta de inmunización (eJRF, por su sigla en inglés), herramienta que recopila datos de inmunización. Un número considerable de países y territorios han comunicado datos relacionados con la adquisición, las coberturas por grupos de riesgo priorizados, los sistemas de información, los sistemas de cadenas de frío y de suministros, el manejo de residuos y las evaluaciones realizadas. Esto ha permitido conocer en profundidad

y de manera oportuna las estrategias, intervenciones e innovaciones que han desarrollado los países y territorios de la Región, así como generar recomendaciones técnicas y perfiles específicos<sup>7</sup> y establecer prioridades de cooperación de la OPS. La información recopilada a través del eJRF, sumada a la información publicada por los países y territorios a través de los sitios web oficiales, permite confeccionar el tablero regional de vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas,<sup>8</sup> que entre noviembre del 2021 y agosto del 2022 había recibido más de 150 000 visitas. El tablero contiene información regional, subregional y por país y territorio, y se actualiza de manera semanal. Esta herramienta también ha sido instaurada por algunos países y territorios que han puesto a disposición del público general sus informes de cobertura e incluso los han complementado con información epidemiológica.

### Cobertura de vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas

La vacunación contra la COVID-19 comenzó de manera lenta en diciembre del 2020, debido a la falta de acceso a la vacuna, para luego mostrar una aceleración sostenida durante todo el 2021, a medida que los países y territorios accedían a la vacuna y la introducían. El año 2022 comenzó con una desaceleración y alcanzó una meseta en abril, mientras se iniciaba la administración de las dosis de refuerzo. La resistencia a la vacunación en ciertos grupos de la población asociada a la priorización por las dosis adicionales de refuerzo pudo haber afectado las actividades de seguimiento y concreción del esquema primario.

Figura 1. Estado de la vacunación contra la COVID-19 en las subregiones de la Organización Panamericana de la Salud



El porcentaje de personas no vacunadas en la Región alcanza el 21,6%, lo que representa aproximadamente 223 millones de personas que no han recibido ninguna dosis. Este hecho permite constatar, principalmente, deficiencias en el acceso a los servicios de vacunación. Por otra parte, a escala regional, un 6,6% de la población tiene el esquema primario incompleto, lo que podría implicar problemas de seguimiento. En la **figura 1** se muestran las marcadas diferencias a nivel subregional. En este sentido, se observa que los países y territorios de América Central y el Caribe presentan más problemas de acceso a la vacunación. En contraposición, en la Región se han

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://covid19.who.int/>.

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OPS sobre la meta mundial de la OMS sobre la cobertura de la vacunación contra la COVID-19. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-6-2022-recomendaciones-ops-sobre-meta-mundial-oms-sobre-cobertura-vacunacion-contra>.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Perfiles de país de vacunación contra la COVID-19. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion/perfiles-pais-vacunacion-covid-19>.

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud. Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp).



## El Programa Ampliado de Inmunización de El Salvador se prepara para la campaña nacional de vacunación en el marco de la Semana de Vacunación en las Américas

Con el objetivo de capacitar al personal de salud para llevar a cabo campañas de vacunación eficaces y de alta calidad y en el marco de la Semana de Vacunación en las Américas, la OPS, con el apoyo de la Embajada de Canadá y del UNICEF, organizó una serie de talleres en los que participaron las Oficinas Regionales de Salud del Ministerio de Salud.

Como actividad inicial, se impartió capacitación para la vacunación de seguimiento contra el sarampión a 120 profesionales de las cinco regiones de salud, junto al equipo de la sede de la OPS en Washington, D.C. La expectativa era que todos los municipios elaborasen sus planes de microplanificación de vacunación, y así fue, con excelentes propuestas de actividades para la estrategia recomendada.

Posteriormente, se capacitó a 40 profesionales para que actuaran como tutores y facilitadores, con el objetivo de fortalecer sus conocimientos específicos para actuar también como formadores en las regiones en temas como los siguientes: el ciclo de vida de las vacunas, cómo se desarrollan y su seguridad; el funcionamiento del sistema inmunitario al recibir las vacunas; los principios básicos de las vacunas y sus particularidades; la vacunación segura; la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización; el seguimiento de las coberturas de vacunación; los cuidados de la cadena de frío durante la campaña de vacunación, y las características de las vacunas que se utilizarían en la campaña (sarampión-rubéola-parotiditis, la vacuna oral contra la poliomielitis, la vacuna contra la gripe y la vacuna contra la COVID-19) y otras vacunas. Se finalizó con los lineamientos técnicos de la campaña que deberá ejecutarse a partir del 11 de julio del 2022.

Se empleó una metodología que hizo hincapié en la práctica diaria del personal de vacunación, mediante un material didáctico que incluía un estudio de caso para apoyar el desarrollo de la capacitación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de inmunización, además



El Programa Ampliado de Inmunización de El Salvador se prepara para la campaña nacional de vacunación. © Samia Samad/OPS

de clases prácticas, discusiones de casos, dramatizaciones y simulaciones realistas. Se evaluó a los profesionales de enfermería contratados para la campaña (369) en los municipios. Cada vacunador debía obtener una puntuación de al menos el 70% para aprobar. En los casos en los que el resultado fuera inferior al esperado, el profesional debía completar una pasantía de un día en el área de vacunación y luego volverse a examinar. El método empleado permitió intercambiar experiencias, adquirir conocimientos y conocer opiniones, además de contar con un grupo de facilitadores capacitados en la metodología para apoyar en las futuras capacitaciones.

A partir del 23 de junio del 2022, los facilitadores iniciaron la revisión de las capacitaciones en las cinco regiones de salud, utilizando la metodología propuesta y alcanzando a todo el público objetivo que se estuvo preparando para desplegar la campaña. Las características geográficas

y territoriales, así como los contextos culturales, son algunos de los desafíos que requieren que los equipos técnicos utilicen diferentes estrategias para que la actividad se lleve a cabo de manera eficaz.

Las autoridades de salud agradecen y felicitan al personal de enfermería que se ha desplazado a cada rincón del país, acercando las vacunas y los servicios a las personas que no pueden acceder a un centro de salud. ■

**Contribución de:** Samia Samad, especialista en inmunización de la OPS; Nora Villatoro, coordinadora de inmunización del Ministerio de Salud de El Salvador; Sara Lemus, enfermera licenciada del Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud de El Salvador; Ana Yamilet, epidemióloga del Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud de El Salvador.

## IX.<sup>a</sup> Reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación<sup>11</sup>

### El GTA ordenó la formulación de las siguientes recomendaciones, según su grado de urgencia:

1. El GTA expresa su profunda preocupación por el grave descenso de la cobertura con las vacunas DTP3, MMR2 y la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica en las Américas y se siente descorazonado al ver que los logros de 40 años corren el riesgo de derrumbarse. Recomienda encarecidamente que los países concentren sus compromisos políticos, técnicos y financieros para detener el descenso de la cobertura de vacunación antes de diciembre de 2023. Los países deben aumentar la cobertura de vacunación contra todos los antígenos del programa regional de inmunización para alcanzar el umbral de cobertura del 95%. Estos objetivos deben priorizarse teniendo en cuenta los recursos financieros y humanos limitados para atender las necesidades esenciales y las amenazas emergentes en materia de salud.
2. El GTA alienta firmemente a la OPS a abordar esta crisis tanto a nivel técnico como político. A menos que el discurso político conduzca a una acción urgente apoyada con los recursos necesarios, es probable que los niños mueran de varias de las enfermedades prevenibles por vacunación. El primer paso es detener la tendencia continua a la disminución de la cobertura de vacunación. El siguiente objetivo será alcanzar los niveles de cobertura que los programas lograron con tanto éxito hace una década.
3. Además de consultas continuas con los ministerios de salud, la OPS debe procurar la participación de los jefes de gobierno y los ministerios de finanzas, así como de organizaciones regionales y mundiales como la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, entre otros socios. La OPS debe obtener compromisos inequívocos para fortalecer el programa regional de inmunización y trabajar con estas entidades con el fin de establecer metas e hitos claros para vigilar el progreso. Además, la OPS debería involucrar a una amplia gama de organizaciones y socios donantes para crear una coalición de apoyo a los programas nacionales de inmunización en todos los niveles. Dichos esfuerzos deben ser un claro llamado a la acción a los gobiernos y a todas las partes interesadas de las Américas para que apoyen los planes de acción y los presupuestos plurianuales para implementar las recomendaciones de la Resolución CE168.R15, Revitalizar la inmunización como un bien público para la salud universal. Deben proporcionarse recursos a la Secretaría regional de la OPS para que amplíe su presencia en el terreno con el fin de evitar las enfermedades prevenibles por vacunación en los países prioritarios.
4. El GTA está profundamente preocupado por la acumulación de grandes y múltiples cohortes de niños subvacunados en toda la Región. En 2021, 2,7 millones de menores de 1 año en las Américas no estaban vacunados o estaban subvacunados, lo que los hace vulnerables a muchas enfermedades prevenibles por vacunación (en particular, la poliomielitis, el sarampión, la tos ferina, la difteria, la infección por rotavirus y las enfermedades neumocócicas). Los países deben evaluar sus tasas de cobertura de vacunación a nivel nacional y subnacional para identificar y vacunar a los niños vulnerables. Donde las tasas de cobertura con las vacunas DTP3, MMR2 y la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica sean inferiores al 80%, los países deben reforzar la prestación de servicios de inmunización sistemática y poner en marcha operaciones de vacunación de recuperación contra varios antígenos, tales como intensificación periódica de las actividades de inmunización sistemática, estrategias locales innovadoras (por ejemplo, equipos móviles de vacunación, actividades de divulgación, eventos en los que se ofrezcan diversos servicios sanitarios al público en un solo lugar, etc.) para cerrar la brecha de inmunidad.
5. Debido a la peligrosa disminución de la inmunidad de la población a la poliomielitis y al sarampión, el GTA insta encarecidamente a los países, cuando sea apropiado, a realizar campañas de seguimiento de la vacunación multiantigénica en colaboración con la asistencia técnica de la OPS. En estas campañas es preciso ofrecer la vacunación a los grupos prioritarios con alto riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19.
6. Dado el riesgo de importaciones y de poliovirus derivado de la vacuna circulante (cVDPV), el GTA recomienda encarecidamente que los países que aún no han introducido la segunda dosis de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) en su calendario nacional de vacunación lo hagan inmediatamente, para reducir el grupo de niños vulnerables al poliovirus tipo 2 (PV2). Además, los países deberían ofrecer inmediatamente las dosis de recuperación de las vacunas IPV1 e IPV2 a todos los niños aptos para recibirlas.
7. El GTA reitera su recomendación anterior de que, en este momento, los países no suspendan el uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV) a favor de un esquema de solo la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV). Los países que han sido clasificados como de "muy alto riesgo", "alto riesgo" o "riesgo medio" de poliomielitis por la Comisión Regional de Certificación (CRC) durante al menos uno de los últimos tres años consecutivos no deben dejar de usar la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV). Cabe señalar que muchos países de la Región se encuentran actualmente en esta categoría.
8. Dada la ampliación de las brechas de inmunidad notificadas en todos los países y territorios de las Américas, el GTA insta a los países a ampliar el rango de edad de sus operaciones de vigilancia para incluir a los adolescentes y adultos que presenten síntomas y signos de una enfermedad prevenible por vacunación. Por ejemplo, los casos de parálisis flácida aguda deben investigarse a fondo para detectar la poliomielitis, incluso si la persona es mayor de 15 años.
9. De acuerdo con las directrices de la OMS, los países deben seguir reduciendo el número de personas en las Américas que no han recibido la serie primaria de vacunación contra la COVID-19. Los países deben centrar los recursos en los grupos prioritarios de alto riesgo, como las personas de edad, los trabajadores de salud y las personas inmunodeprimidas, para alcanzar una cobertura del 100% tanto con la serie primaria como con las dosis de refuerzo, a fin de minimizar las hospitalizaciones y las muertes por COVID-19. Los países deben alcanzar al menos un 70% de cobertura de vacunación con las series primarias en la población general. Al mismo tiempo, el GTA recomienda que las autoridades gubernamentales vuelvan a establecer medidas sociales y de salud pública (es decir, el uso de mascarillas en lugares concurridos o cerrados, la higiene de las manos, el distanciamiento social, etc.) para minimizar la propagación del virus SARS-CoV-2 en la población de acuerdo con la situación epidemiológica.
10. El GTA recomienda que los países sigan sensibilizando a los médicos y otros trabajadores de salud y mejoren la capacidad de vigilancia y diagnóstico para identificar y reducir la propagación del brote de viruela símica en varios países. El GTA elogia a la OPS por la elaboración de directrices y materiales de capacitación para los médicos a fin de facilitar la detección de casos sospechosos de viruela símica y recomienda que la Organización amplíe los esfuerzos para llegar a los centros de salud públicos y privados y a las organizaciones no gubernamentales que atienden a las redes de los principales medios de comunicación y a la población en general.
11. Debido al suministro extremadamente limitado de vacunas contra la viruela símica, en las actividades de asignación en curso se deben considerar la distribución geográfica de los casos confirmados y la probabilidad de propagación vírica. El GTA recomienda que el Fondo Rotatorio de la OPS para el Acceso a las Vacunas siga trabajando con los fabricantes de vacunas para esquematizar la expansión de la capacidad de producción de vacunas a nivel mundial y promover la inclusión de la distribución equitativa de las dosis de vacunas en el algoritmo de asignación. ■

<sup>11</sup> Organización Panamericana de la Salud. IX. <sup>a</sup> Reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación: Informe final. OPS: Washington, DC; 2022.

El *Boletín de Inmunización* es publicado 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 estos cuenten con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

ISSN 1814-6252

Volumen XLIV, número 3 • Septiembre del 2022

Es de nuestro agrado comentar que, con el apoyo de la Unidad de Gestión de Conocimiento de la OPS, todos los *Boletines de Inmunización* desde 1979 hasta la actualidad se encuentran en el Repositorio Institucional de la OPS para Intercambio de Información (IRIS), el cual pueden consultar aquí: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33674>.

**Editoras: Octavia Silva y Martha Velandía**

La OPS/OMS agradece al Gobierno de los Estados Unidos de América su contribución financiera para la creación de este número del *Boletín de Inmunización*. 

OPS/FPL/IM/22-0051

© Organización Panamericana de la Salud, 2022.

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

**Unidad de Inmunización Integral de la Familia**

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037

Estados Unidos de América

<http://www.paho.org/inmunizacion>

**OPS**



Boletín de Inmunización

Volumen XLIV, número 3

Septiembre del 2022

Organización Panamericana de la Salud

8

SALAS cont. página 1

### ¿Que lo motivó a estudiar medicina?

#### ¿Fue algún evento específico?

Fue la combinación de dos situaciones. Yo nunca fui de esos niños que decían: “Yo quiero ser doctor, yo quiero ser médico cuando crezca”, pero en el colegio me fui enamorando mucho de todo lo que eran las ciencias naturales. Me encantaba la biología, cómo funciona el cuerpo, y todo lo que era la anatomía. También tenía una vocación social, una vocación de servir, de ayudar a la gente. Y entonces, de repente, confluí esas dos áreas de interés y me di cuenta que la medicina era una excelente alternativa y me fui por ahí. Nunca lo tuve tan decidido, pero mientras se me acercaba el momento de ir a la universidad, fue aclarándose.

Otra de las áreas que siempre me ha gustado mucho es la parte de tecnología. Entonces me gustaba mucho, por ejemplo, la ingeniería de sistemas. Pero al final, la medicina me ganó el corazón en el sentido de que yo podía ayudar a la gente y podía desarrollarme en un área que me llamaba mucho la atención, las ciencias naturales y aplicadas.

#### ¿Cómo describiría su experiencia como ministro de salud de Costa Rica?

Yo nunca fui una persona que decía: “Anhelo llegar a ser ministro”. Sin embargo, cuando ese pensamiento venía a mi mente, pensaba que, si se me presentaba la oportunidad y aceptaba, tendría que ser con un presidente que verdaderamente apoyara el fundamento técnico, la ciencia y la razón a la hora de tomar las decisiones. Así se lo planteé al presidente que me llamó en su momento, y yo sentí que hubo esa química y que existía esa intención de respaldar lo que verdaderamente le beneficia a la salud y bienestar de las personas. Siendo así, yo acepté, complementado con el hecho de que sentí que ya tenía los conocimientos y la experiencia adquiridos en el área de salud pública, en donde me he desempeñado en muchas áreas, y eso me motivó a asumir el

desafío. Era un reto muy grande y que acepté por supuesto sin saber que venía la pandemia



Daniel Salas. © OPS

[de COVID-19], que fue una situación mucho más compleja de lo que normalmente afronta un ministro de salud.

#### ¿Cuánto tiempo fue ministro?

Desde noviembre del 2018 hasta el 30 de abril del 2022. Casi los cuatro años.

#### ¿Sí. Entonces, aceptó el cargo, y después llegó la pandemia, que fue algo totalmente inesperado.

Sí, la agenda de trabajo iba en otra línea. Uno no está pensando que va a ocurrir una pandemia de esa magnitud, aunque yo también había trabajado en otros momentos en la preparación para la pandemia de influenza. Y uno sabe que algo así puede ocurrir. Lo tiene más presente. Enhorabuena que, siendo ministro, ocurre la pandemia y teníamos un equipo de trabajo muy competente y consolidado, añadido a que desde mi aporte ya tenía los conocimientos en epidemiología, el manejo de brotes, en gerencia, y todo eso ayudó para la gestión como ministro. Toda la negociación que tuvo que darse en medio de la pandemia, trabajar con otros sectores, con las empresas privadas, con las organizaciones que no son de gobierno, eso fue algo positivo y un gran aprendizaje en medio de la pandemia. Algo que siento que apoyó la gestión es que siempre he tratado de

ser un vocero muy directo, muy tranquilo y muy sereno; transmitir también seguridad al equipo de trabajo, a la población y a otros actores sociales. Me gusta tratar de hablar en términos muy sencillos para la población. Tenemos que saber con quién estamos hablando. Y ese a veces es un error que cometemos mucho los profesionales de la salud, que parece que estamos dirigiéndonos a otros profesionales de salud, cuando estamos hablando con diferentes públicos meta o con toda la población. Entonces tenemos que aprender y tratar de ponernos al nivel de lenguaje y de comprensión del público meta. Eso es algo que también aprendí cuando fui director de Mercadotecnia Social de la Salud en el Ministerio. Creo que ya desde antes lo tenía claro, pero todavía se reforzó más cuando tuve este cargo. Uno tiene que entender a quién le está dirigiendo el argumento y cómo adecuar el discurso, cómo presentarlo de una manera más clara, y eso se hizo clave durante la pandemia de COVID-19.

#### De acuerdo. ¿Ha podido reflexionar sobre su carrera hasta este punto? ¿Cuáles son sus enseñanzas?

Yo creo que lo más importante en cuanto a enseñanzas aprendidas en el tema de gestión es que uno tiene que escuchar. Aprender a escuchar no solo un punto de vista. No hablar tanto. Escuchar y buscar siempre el consenso cuando es posible. No siempre se alcanza un buen consenso, pero creo mucho en escuchar, saber analizar, siempre aplicar el método científico, la lógica, pero, sobre todo, el sentido común. En la gestión pública, se tiene que aplicar mucho el sentido común y ser práctico. Tampoco se debe tardar mucho en tomar decisiones, el tiempo es muy importante. No podemos quedarnos en análisis constante, sino que tenemos que ser ejecutivos y tomar acciones para que las cosas ocurran. Hay que tener un equilibrio, porque uno tampoco puede ser 100% ejecutivo si no escucha, si no analiza, pero tampoco se puede sentar y analizar siempre sin llegar a tomar decisiones oportunas. ■