

PROGRESO PARA LA INFANCIA

UN BALANCE SOBRE LA INMUNIZACIÓN
NÚMERO 3, SEPTIEMBRE DE 2005

1 Prefacio
LA INMUNIZACIÓN SIGUE SIENDO
FUNDAMENTAL PARA LA
SUPERVIVENCIA INFANTIL

2 Inmunización
MUCHAS VIDAS MÁS
POR SALVAR

10 África oriental y meridional
UN LARGO CAMINO POR RECORRER

12 África occidental y central
SE NECESITAN MEDIDAS
URGENTES

14 Asia meridional
SE NECESITAN MEJORAS

16 Oriente Medio y África del Norte
EN EL BUEN CAMINO

18 ECE/CEI
LLEGAR AL ÚLTIMO 10 POR CIENTO

20 América Latina y el Caribe
LA IGUALDAD ES TODAVÍA UN
PROBLEMA

22 Asia oriental y el Pacífico
QUEDA TRABAJO
POR HACER

24 Países industrializados
PREOCUPAN LOS CASOS
AISLADOS

26 Nota final
UN ENFOQUE CON
OBJETIVOS MÚLTIPLES

28 Tabla
INMUNIZACIÓN
DE LA INFANCIA

**LA INMUNIZACIÓN SIGUE
SIENDO FUNDAMENTAL
PARA LA SUPERVIVENCIA
INFANTIL**

Al mundo le quedan solamente 10 años para cumplir con la promesa realizada en la Declaración del Milenio y plasmada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos objetivos son un modelo para el progreso humano en algunas de las cuestiones más importantes de nuestro tiempo, entre ellas el hambre y la pobreza, la salud y la supervivencia de la infancia y de las madres, la educación, la igualdad entre los géneros, la lucha contra las enfermedades mortales y la protección del medio ambiente. Si se logran avances en uno de los objetivos, se pueden conseguir resultados en otros, por lo que un enfoque integrado de las intervenciones es la vía más segura hacia un desarrollo sostenible.

El tema de la infancia es un elemento central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, porque los niños y las niñas son los seres más vulnerables de la sociedad y son quienes tienen a menudo las mayores necesidades. Lograr los objetivos traerá consigo un futuro mejor para ellos y un mundo más seguro donde vivir. Y sin embargo, a pesar de los progresos que ha logrado un mundo donde reina la inventiva y la innovación, es intolerable que todavía mueran 10,6 millones de niños y de niñas todos los años debido sobre todo a enfermedades que se pueden prevenir.

Pocos métodos ofrecen mayores beneficios para la salud, el bienestar y la supervivencia de la infancia que la inmunización. El objetivo de este informe –que forma parte de una serie en la que UNICEF realiza un seguimiento de los progresos en favor de la infancia a medida que se aproxima el año 2015– es medir los logros mundiales en esta esfera fundamental.

No es posible poner en duda los beneficios de la inmunización. Es un método demostrado y rentable para reducir la morbilidad, las discapacidades y la mortalidad entre los niños. Sólo en 2003 evitó más de 2 millones de muertes. La inmunización estimula también el desarrollo de los sistemas de salud y representa una inversión económica excelente, que contribuye a una mejora de la salud y a la reducción de la pobreza.

No es posible exagerar las consecuencias que tendría un fracaso en el mantenimiento y la mejora de las actividades relacionadas con la inmunización: la reaparición de enfermedades que se encontraban anteriormente bajo control; la propagación de enfermedades a países donde ya habían sido eliminadas; y la persistencia en las cifras de mortalidad y morbilidad que afectan a millones de niños y niñas en los países en desarrollo.

Durante los años 1980 se lograron grandes progresos en esta esfera, que luego se nivelaron en los años 1990. Volver a capturar aquel impulso es fundamental para alcanzar uno de los objetivos de desarrollo del milenio más importantes –reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de cinco años entre 1990 y 2015– y servirá sin duda de ayuda para avanzar en los otros objetivos.

En los años que han transcurrido desde la Declaración del Milenio, la campaña en pro de la inmunización universal ha cobrado un nuevo vigor. Varias alianzas mundiales han tenido un éxito notable en la movilización de considerables recursos para la inmunización, y han conseguido unir a los sectores público y privado en la búsqueda de objetivos compartidos.

Además, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF presentaron en mayo de 2005 la Visión y Estrategia Mundiales de Inmunización para el periodo de 2006 a 2015. Más recientemente se anunció la Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño, con el objetivo de impulsar una capacidad de liderazgo que podría resultar muy valiosa en estos temas.

Tenemos la esperanza de que estas alianzas, y la infusión de nuevas energías, contribuyan de manera considerable y sostenible a la supervivencia de la infancia. Los niños y las niñas del mundo cuentan con todos nosotros.



Ann M. Veneman
Directora Ejecutiva, UNICEF

Llegar a la meta: la cobertura contra el sarampión

En 2003, 103 países y territorios habían logrado ya la protección contra el sarampión del 90% de sus niños y niñas menores de un año. En 68 de estos países, la cobertura con la vacuna del sarampión fue de un 95% o más en 2003, un nivel que se mantendrá según las proyecciones de UNICEF; y en 35 países, la cobertura fue de un 90% a un 94%, un nivel con grandes probabilidades de mantenerse. De los 90 países que no lograron un 90% de cobertura en 2003, es muy probable que 16 lo logren en 2010, que 55 tengan que realizar mejoras para conseguirlo en 2010 y que 19 tengan que revertir la tendencia a la baja en la cobertura.

Objetivo logrado y conseguirán mantenerlo: Países que han logrado la cobertura de un 95% o más con la vacuna del sarampión en 2003.

Objetivo logrado y puede que lo mantengan: Países que lograron entre un 90 y un 94% de cobertura en 2003.

Probable que lo consigan: La cobertura con la vacuna del sarampión fue inferior a 90% en 2003, pero la tasa media anual de aumento (TMAA) desde 1990 supera la TMAA necesaria para lograr un 90% de cobertura en 2010.

Se necesitan mejoras: La cobertura fue inferior al 90% en 2003, y la TMAA desde 1990 fue inferior a la TMAA necesaria para lograr un 90% de cobertura en 2010. No es probable que estos países alcancen el objetivo sin realizar grandes esfuerzos.

Tienen que revertir la tendencia a la baja: La cobertura fue inferior a un 90% en 2003, y la TMAA desde 1990 ha sido negativa por más de la mitad de 1 punto porcentual.

Sin datos.

INMUNIZACIÓN: MUCHAS

Las vacunas han salvado las vidas de millones de niños y niñas durante las últimas tres décadas. Pero todavía hay muchos millones más que no están protegidos.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 4 consiste en reducir en dos terceras partes la mortalidad en la infancia entre 1990 y 2015. La inmunización forma una parte fundamental de este objetivo, y al mismo tiempo contribuye de manera considerable al ODM 5, que consiste en mejorar la salud de la madre y reducir su mortalidad, y al ODM 6, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

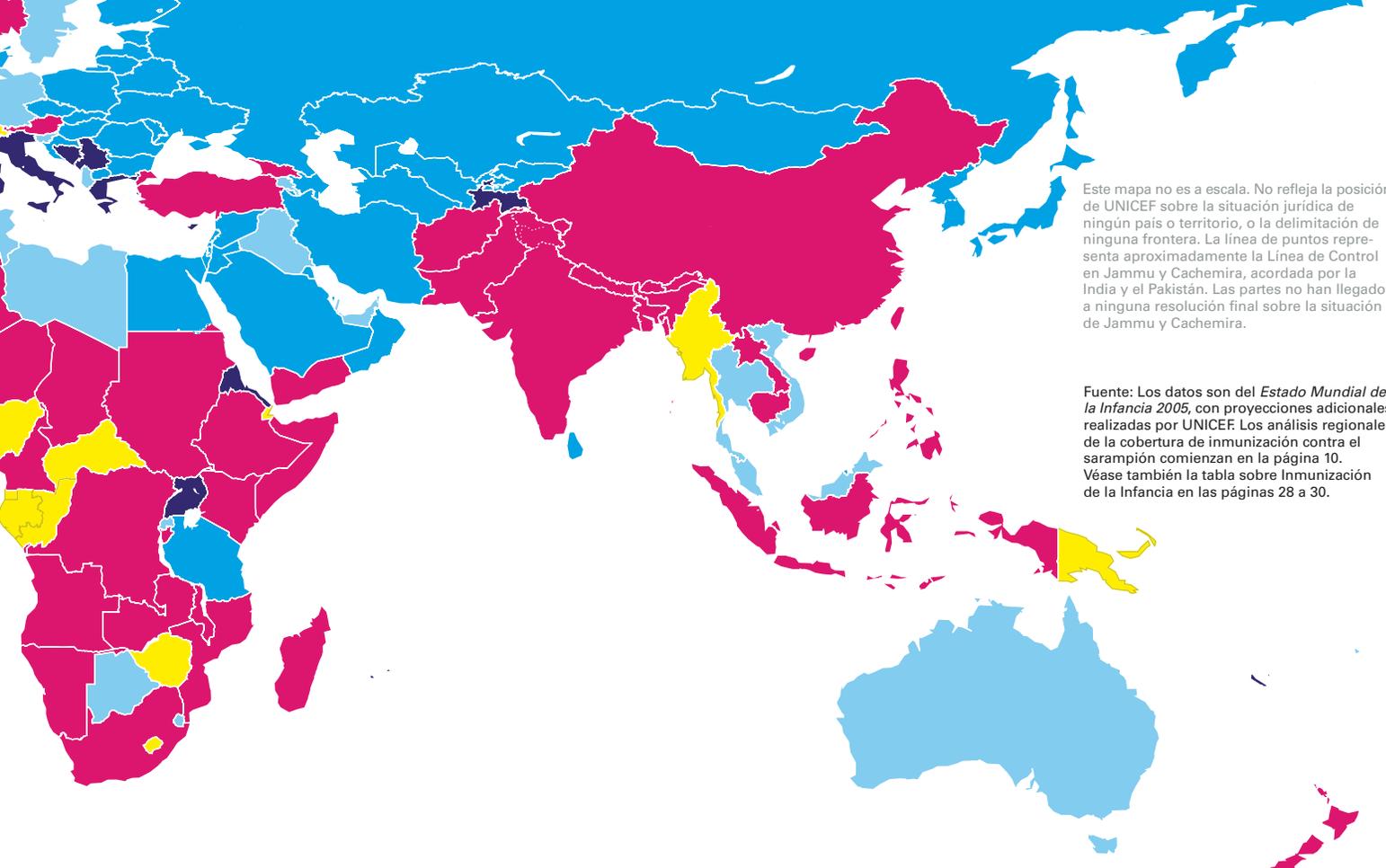
La inmunización ha salvado las vidas de millones de niños y niñas en las tres décadas que siguieron a la implantación en 1974 del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Sin embargo, hay más de 27 millones de menores de un año y más de 40 millones de mujeres embarazadas en el mundo que no se benefician de los servicios de la inmunización sistemática¹.

Como consecuencia, más de 2 millones de personas mueren todos los años a causa de enfermedades que se pueden evitar mediante la administración de una vacuna. En esta cifra hay que incluir 1,4 millones de muertes de niños y niñas menores de 5 años, entre ellos los 395.000 que mueren actualmente a causa del sarampión, los 290.000 que son

víctimas de la tos ferina y los 257.000 que mueren debido al tétanos neonatal².

Además, 1,1 millón de niños en su primera infancia mueren debido a infecciones por neumococo y rotavirus, para las cuales habrá vacunas muy pronto. Se espera que las mejoras de las vacunas actuales, y las reducciones de sus costos, permitan distribuirlas en un futuro cercano entre todos los niños y niñas que las necesiten. La eficacia de la inmunización está ampliamente demostrada. A diferencia de muchas otras intervenciones relacionadas con la salud y el desarrollo, la inmunización no aumenta simplemente las posibilidades de que los niños y niñas resistan los efectos de una enfermedad, sino que prácticamente garantiza esas posibilidades.

Desde 1990, la inmunización sistemática con vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos ha beneficiado anualmente a más de un 70% de todos los niños y niñas, un logro considerable si se tiene en cuenta que todos los años nacen más de 130 millones de niños y niñas, a quienes es preciso



Este mapa no es a escala. No refleja la posición de UNICEF sobre la situación jurídica de ningún país o territorio, o la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira, acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han llegado a ninguna resolución final sobre la situación de Jammu y Cachemira.

Fuente: Los datos son del *Estado Mundial de la Infancia 2005*, con proyecciones adicionales realizadas por UNICEF. Los análisis regionales de la cobertura de inmunización contra el sarampión comienzan en la página 10. Véase también la tabla sobre Inmunización de la Infancia en las páginas 28 a 30.

MÁS VIDAS POR SALVAR

vacunar. En combinación con los programas acelerados para la lucha contra las enfermedades, los servicios sistemáticos han contribuido de manera considerable a la supervivencia infantil, al evitar la muerte de más de 2 millones de niños y niñas todos los años y prevenir la aparición de innumerables casos de enfermedades y discapacidad.

La inmunización ofrece también una red y un mecanismo que permiten a los servicios de salud iniciar una relación con los niños y las mujeres a quienes tienen que brindar otras intervenciones, como la administración de suplementos de vitamina A y medicamentos antiparasitarios, y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas para combatir el paludismo.

Un enfoque integrado de este tipo no sólo es el sistema más eficaz para proteger la salud de todos los niños, incluidos los más marginados, sino también una manera rentable de establecer sistemas de salud por medio de los cuales la repercusión general de la inmunización sobre la supervivencia infantil se vuelve mucho mayor que la suma de sus partes.

PROGRESOS EN LA INMUNIZACIÓN

El año 2005 representa un hito no sólo para evaluar los progresos hacia los objetivos específicos relacionados con

la inmunización y el ODM de reducir la mortalidad de menores de cinco años en 2015, sino también hacia otros objetivos y metas internacionales relacionados con la inmunización.

Durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia, celebrada en 2002, la comunidad internacional adoptó la meta específica de asegurar para 2010 la inmunización completa de los niños y niñas menores de un año en un 90% a nivel nacional, con por lo menos un 80% de cobertura en todos los distritos o unidades administrativas equivalentes. Otras metas clave en materia de inmunización que formaron parte del programa “Un mundo apropiado para los niños” son:

- Reducir a la mitad las muertes por sarampión para 2005
- Certificar la erradicación mundial de la poliomielitis para 2005
- Eliminar el tétanos neonatal y de la madre para 2005
- Ampliar entre los niños y niñas de todos los países los beneficios de nuevas vacunas mejoradas y otras iniciativas de prevención.

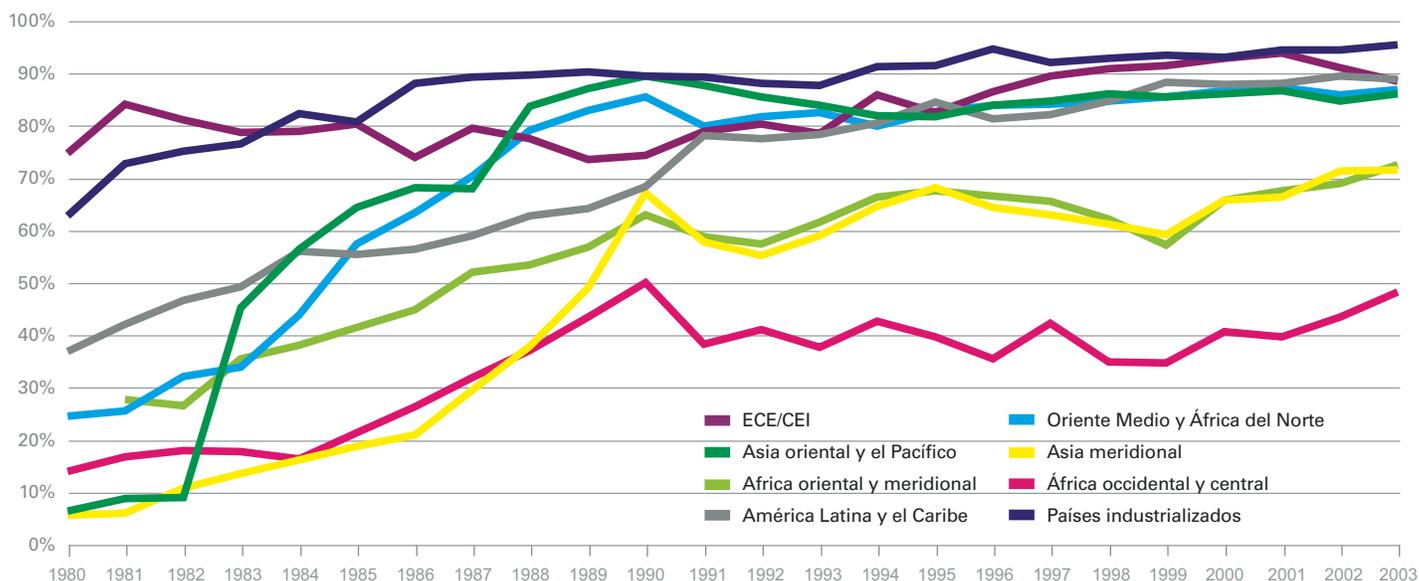
Cobertura nacional y de distrito (DPT3)

La cobertura de inmunización a nivel mundial se incrementó considerablemente durante los años 1980, pero dejaron de registrarse aumentos durante los años 1990. Alrededor de

Cobertura DPT3, 1980-2003

En África oriental y meridional, Asia meridional y África occidental y central la cobertura de la vacuna DPT3 es inferior a la de otras regiones.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*.



un 20% de los niños y niñas menores de un año en 1980 recibieron la vacuna DPT3 (tres dosis de vacunas combinadas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos); la cobertura aumentó a un 75% en 1990, y se mantuvo entre un 70% y un 75% hasta el año 2000, en línea con el crecimiento de la población. En 2003, la cobertura aumentó ligeramente: un 78%, todavía muy lejos del objetivo de 2010 de un 90%³.

Los datos mundiales se refieren a los niveles de cobertura anuales de la inmunización sistemática con DPT3, que es un indicador representativo. (La inmunización sistemática contra el sarampión se analiza región por región a partir de la página 10.)

Con una cobertura de un 85% a un 89%, tres regiones –Asia oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe y Oriente Medio y África del Norte– se acercan al objetivo de lograr un 90% en la cobertura con DPT3; la cobertura en la región de Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI) ha disminuido a un 88% en 2003 frente al 91% que disfrutaba en 1988.

La cobertura en Asia meridional (71%) y África subsahariana es considerablemente más baja, y de las dos regiones de África, África oriental y meridional (72%) ha obtenido mejores resultados que África occidental y central (48%).

En algunos países en desarrollo –como Bangladesh, Bolivia y el Brasil– las tasas de inmunización aumentaron considerablemente en los años 1990. En otros, especialmente en África subsahariana, donde los conflictos y los desastres naturales han provocado el desplazamiento de amplias capas de la población, la cobertura se redujo, dejando a millones de niños y niñas en la primera infancia vulnerables a la enfermedad. Además de esto, los cambios políticos y económicos que se

produjeron tras el derrumbe de la Unión Soviética causaron un descenso en las tasas de inmunización de Europa Central y del Este y de Asia central. Uno de los resultados fue una importante epidemia de difteria a comienzos de los años 1990, que causó la muerte de 30.000 personas⁴.

Un total de 41 países en desarrollo han alcanzado ya el objetivo para 2010, establecido en la Sesión Especial en favor de la Infancia de las Naciones Unidas, de lograr una cobertura de la DPT3 de un 80% en todos los distritos. Muchos otros países, en África y en otras partes, han logrado progresos en favor de un aumento de la cobertura en aquellos distritos donde los resultados son menos satisfactorios, y han establecido estrategias para realizar actividades de inmunización en las zonas de acceso más difícil.

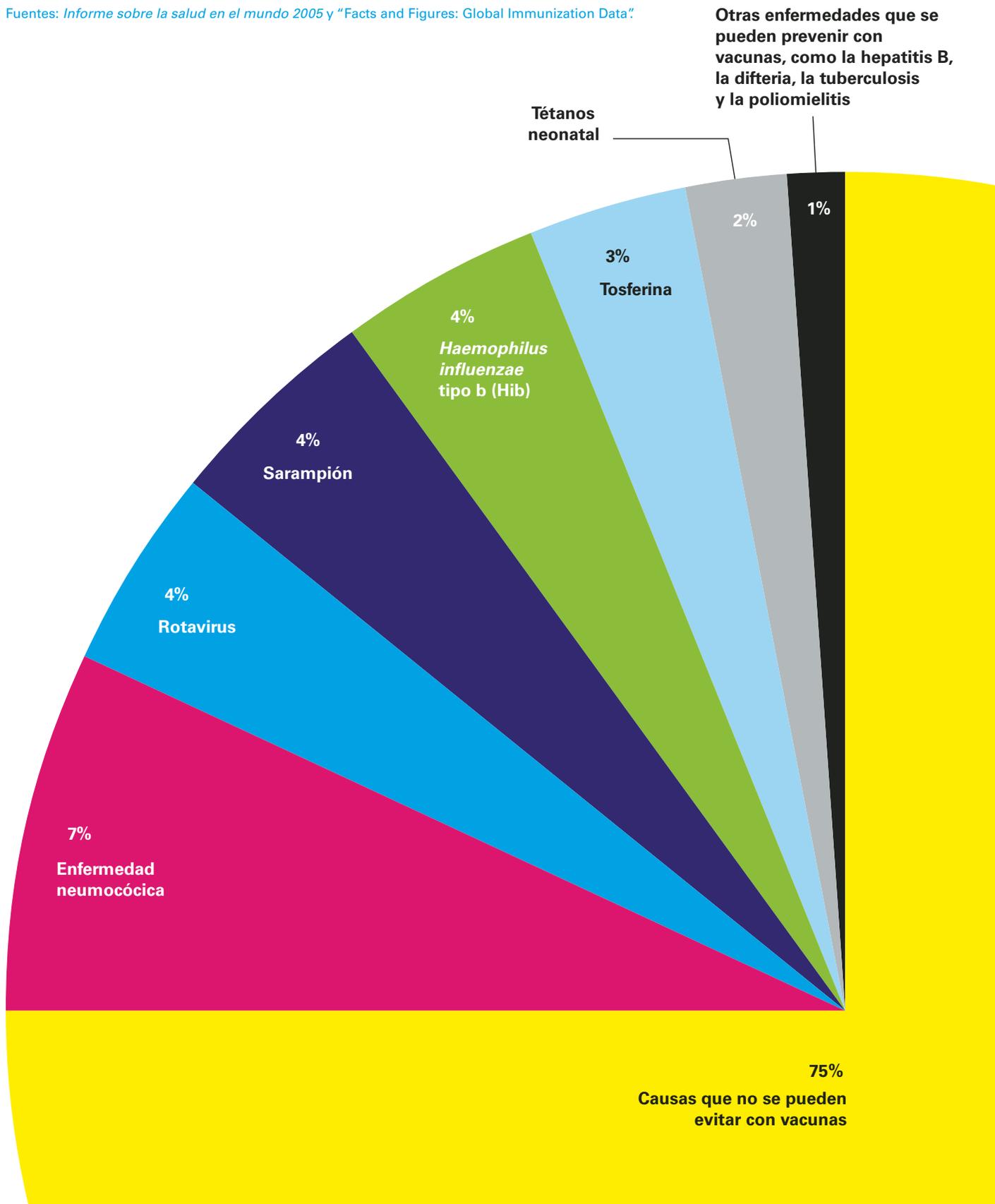
La cobertura sistemática se ha nivelado por diversas razones, entre ellas: las limitaciones de los sistemas de salud; la falta de recursos humanos y financieros; el traslado frecuente de los trabajadores capacitados de la salud, especialmente a nivel de distrito; la supervisión deficiente, así como el mal uso de los datos; la competencia de diversas prioridades en la esfera de la salud; y la incapacidad de algunos programas de salud pública para llegar a las familias más pobres, a las minorías y a los habitantes de los lugares más remotos o que se encuentran en conflicto.

Para mejorar la cobertura, la planificación nacional y de distrito debe concentrarse prioritariamente en las poblaciones carentes de servicios adecuados y de difícil acceso en todas las zonas, y estar acompañada por estrategias específicas y recursos suficientes para llegar a ellas. Muchos países, por ejemplo, utilizan el enfoque “Llegar a todos los distritos” (LTD), que trata de obtener una mayor equidad y disponibilidad en los servicios de inmunización sistemática. La mayoría de

Mortalidad de menores de cinco años por enfermedades que se pueden evitar, 2000-2003

Las enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunas causan anualmente alrededor de 1,4 millones de muertes entre los niños y niñas menores de cinco años, a las que se suma otro 1,1 millón de muertes debido a la enfermedad neumocócica y los rotavirus. Es probable que las vacunas contra la enfermedad neumocócica y los rotavirus estén ampliamente disponibles en los países en desarrollo para 2008-2009.

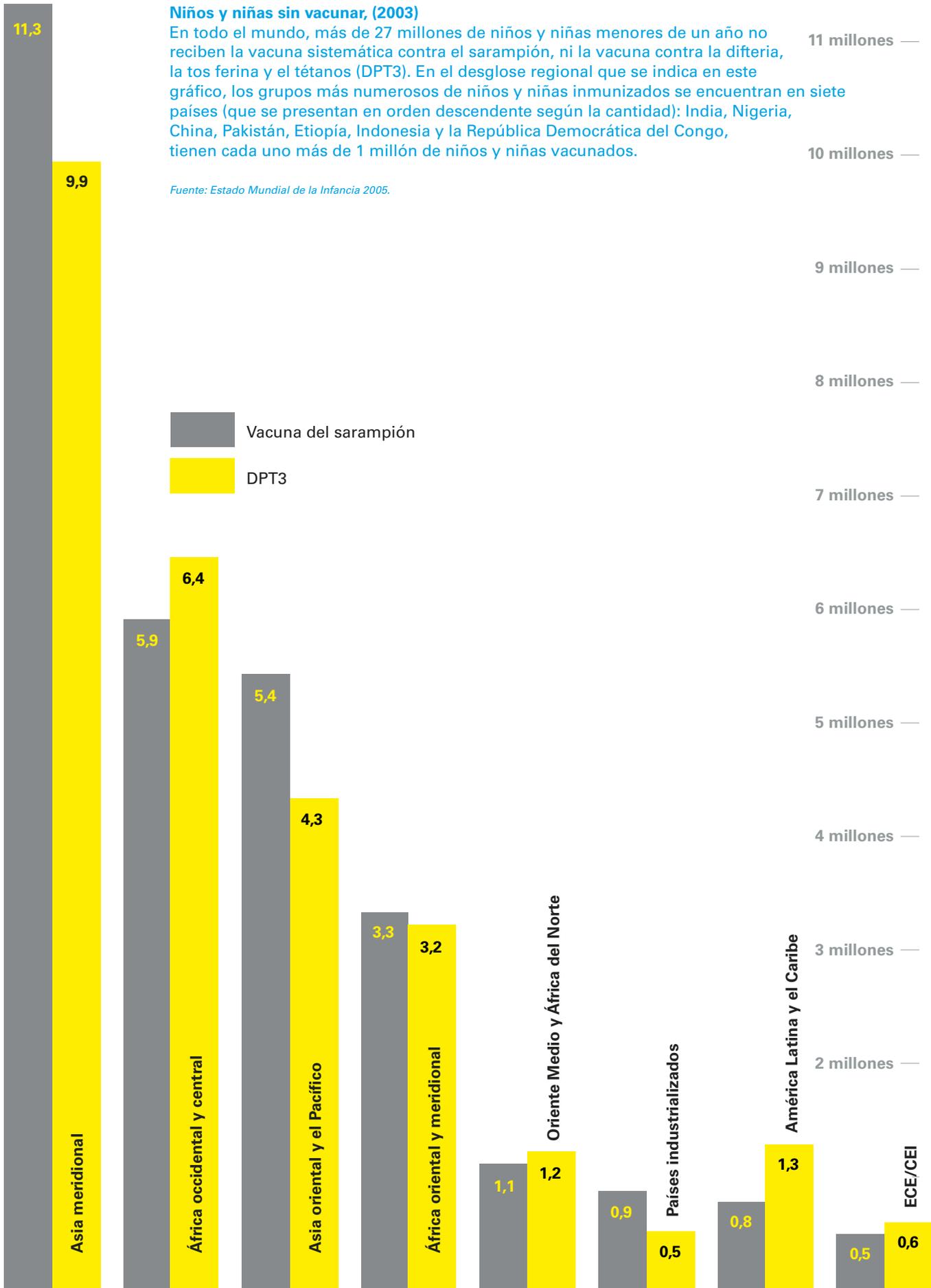
Fuentes: Informe sobre la salud en el mundo 2005 y "Facts and Figures: Global Immunization Data"



Niños y niñas sin vacunar, (2003)

En todo el mundo, más de 27 millones de niños y niñas menores de un año no reciben la vacuna sistemática contra el sarampión, ni la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3). En el desglose regional que se indica en este gráfico, los grupos más numerosos de niños y niñas inmunizados se encuentran en siete países (que se presentan en orden descendente según la cantidad): India, Nigeria, China, Pakistán, Etiopía, Indonesia y la República Democrática del Congo, tienen cada uno más de 1 millón de niños y niñas vacunados.

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2005.



los países utilizan una combinación de servicios sistemáticos y actividades suplementarias.

Reducción de la mortalidad derivada del sarampión

De todas las enfermedades que se pueden evitar mediante la vacunación, el sarampión es una de las principales causas individuales de mortalidad, y en 2003 fue responsable de alrededor de 530.000 muertes, de las cuales 395.000 eran de niños y niñas menores de 5 años: es decir, cerca de un 4% de las muertes de menores de 5 años en todo el mundo⁵. Pero se han logrado progresos en la reducción del número de niños que mueren debido al sarampión: en 1999 ocurrieron 873.000 muertes debidas al sarampión en todo el mundo⁶. En resumen, el objetivo mundial de reducir a la mitad la mortalidad debida al sarampión entre 1999 y 2005 va por buen camino.

Gran parte de estos éxitos mundiales se deben a las actividades complementarias: campañas y programas frecuentes y acelerados a nivel nacional, dirigidos a niños y niñas de una amplia gama de edades –hasta los 15 años– y estrategias para llegar a grupos marginales, entre ellos niños y niñas afectados por situaciones de emergencia. La Iniciativa contra el Sarampión⁷ ha prestado apoyo a las actividades complementarias en África subsahariana y otras regiones.

África se encuentra también bien situada para alcanzar el objetivo. Las muertes debidas al sarampión descendieron a 282.000 en 2003 desde 519.000 en 1999, una reducción de un 46%. Las campañas nacionales contra el sarampión fueron fundamentales para lograr estos resultados, al vacunar a 200 millones de niños más de los previstos entre 2001 y 2004⁸.

Poliomielitis

En 1988, cuando la Asamblea Mundial de la Salud decidió erradicar la poliomiélitis, había 350.000 niños y niñas que sufrían en 125 países la discapacidad causada por el virus. Desde entonces, los casos de poliomiélitis se han reducido en un 99% gracias a las campañas de inmunización a gran escala, que han permitido distribuir la vacuna oral antipoliomielítica entre más de 2.000 millones de niños y niñas. En 2004, solamente se registraron 1.255 casos en todo el mundo⁹. En 1994, la región de las Américas recibió la certificación que la declaraba libre de la poliomiélitis, algo que ya había ocurrido en el Pacífico occidental en 2000 y en Europa en 2002.

Todavía hay seis países donde es preciso interrumpir la transmisión del virus salvaje de la poliomiélitis indígena: el Afganistán, Egipto, la India, Níger, Nigeria y el Pakistán. Aunque los progresos son firmes, todavía persisten algunos problemas. En un revés ocurrido en 2004, un brote de poliomiélitis originado en África occidental se propagó a varios países que ya estaban liberados de la poliomiélitis; su avance se vio impulsado por las bajas tasas de inmunización y una ruptura en los servicios debido a los conflictos civiles que asolaban a algunos países de la región. En países tan lejanos como Indonesia y Yemen se registraron casos de poliomiélitis relacionados con este brote.

Lograr la erradicación de la poliomiélitis dependerá de la capacidad de los países para organizar campañas de inmuni-

zación concentradas que incluyan actividades de movilización social a gran escala y bien dirigidas para impedir la propagación de cualquier caso, especialmente en las zonas más pobres donde persisten las diferencias en la inmunidad. Fundamental para esta tarea es el apoyo de aliados de los sectores público y privado de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomiélitis: la Organización Mundial de la Salud (OMS), Rotary International, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, y UNICEF.

Los aliados de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomiélitis volverán a analizar el objetivo relacionado con esta enfermedad en octubre de 2005. Una vez que se interrumpa la transmisión de la poliomiélitis en todas las regiones, es preciso que un sistema de vigilancia firme y plenamente establecido confirme que han pasado tres años libres de la polio antes de que se pueda certificar la erradicación mundial.

Tétanos neonatal y derivado de la maternidad

Con una estimación anual de 257.000 muertes debidas al tétanos neonatal y de 30.000 mujeres muertas debido a la infección por tétanos después de haber dado a luz¹⁰, el objetivo de eliminar el tétanos neonatal y de la madre –es decir, de reducir la incidencia a menos de 1 caso por cada 1.000 nacidos vivos a nivel nacional y en todos los distritos de un país– no se conseguirá a finales del 2005, en parte debido a las incertidumbres generadas por la financiación en el futuro.

Sin embargo, el número de países que todavía tienen que eliminar el tétanos neonatal y de la madre se ha reducido de manera considerable, de 90 en 1990 a 58 en 2003. En 34 de estos últimos países se han comenzado o ampliado las actividades para la inmunización contra el tétanos desde hace cuatro años, una medida que ha contribuido a la protección eficaz de alrededor de 46 millones de mujeres y de sus recién nacidos, que se encontraban en peligro y vivían en zonas donde resultaba difícil acceder¹¹. Además, la eliminación del tétanos neonatal y de la madre en por lo menos otros seis países –Eritrea, Malawi, Namibia, Rwanda, Sudáfrica y Zimbabue– ha sido validada de manera provisional. Otros 10 países han completado sus actividades para la eliminación y en 2006 se analizará su situación con miras a su validación¹².

Las estrategias aceleradas de lucha contra enfermedades como el sarampión, la poliomiélitis y el tétanos neonatal y de la madre han demostrado que resulta posible acceder a los lugares donde viven las personas marginadas y excluidas por medio del análisis de los datos de rendimiento en los distritos, la microplanificación y la elaboración de presupuestos, y la puesta en práctica de estrategias de comunicación basadas en la comunidad. La reducción de la mortalidad dependerá también de las actividades para reforzar los servicios de inmunización sistemáticos a fin de mantener los avances obtenidos.

Nuevas vacunas

La introducción de la vacuna de la hepatitis B ha dado grandes resultados, y las tasas mundiales de cobertura aumentan

de manera constante. En abril de 2005, 158 países habían incorporado la vacuna en sus programas de inmunización sistemática¹³. Este logro importante se produjo debido a que los datos sobre la carga de la enfermedad se han establecido de forma adecuada, así como a una considerable reducción en los costos.

Los países de bajos ingresos recibieron asistencia para la compra y distribución de la vacuna de la hepatitis B por medio de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), una alianza entre los sectores público y privado, y por medio de la sección de este organismo dedicada a la financiación, el Fondo para Vacunas. La meta de GAVI es que todos los países incorporen la vacuna en 2007.

La utilización de la vacuna conjugada contra la *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) está aumentando gradualmente, pero todavía está por debajo de lo que sería necesario, especialmente en los países más pobres, debido una vez más a las distintas prioridades que compiten entre sí a nivel de país, la falta de una financiación sostenible, su elevado costo y la reducida demanda. En abril de 2005, 96 países habían inmunizado a sus niños y niñas contra la Hib como parte de su programa de vacunación sistemática¹⁴.

Las vacunas contra enfermedades neumocócicas y meningocócicas y los rotavirus son cada vez mejores. Estas vacunas tienen la posibilidad de salvar a millones de niños y niñas de la muerte y la discapacidad, y estarán disponibles de manera más amplia en los países en desarrollo en 2008 o 2009.

Las nuevas vacunas son bastante más caras que las vacunas tradicionales, y la mayoría de los países en desarrollo carecen todavía de los recursos financieros y técnicos necesarios para incorporar y sostener su uso en los programas de inmunización sistemática. Ampliar la cadena del frío y la capacidad de distribución, determinar las cargas de la enfermedad y realizar predicciones de manera precisa son cuestiones que presentan nuevos desafíos.

A este respecto, GAVI ha logrado grandes éxitos en la movilización de recursos para prestar asistencia a países que tratan de incorporar vacunas nuevas y poco utilizadas como parte de sus programas de inmunización. Desde que comenzó sus labores en el año 2000, la alianza ha concedido subvenciones de cinco años por un total de unos 1.400 millones de dólares a 72 países que cumplían los requisitos para todo tipo de apoyos¹⁵. Un desafío ulterior será asegurar a los países una sostenibilidad constante de los fondos para la inmunización con nuevas vacunas una vez que termine el apoyo de GAVI.

EL CAMINO HACIA ADELANTE

En mayo de 2005, la OMS y UNICEF presentaron la Visión y Estrategia para la Inmunización Mundial (GIVS) para el periodo de 2006 a 2015, en respuesta a los desafíos descritos anteriormente. Las metas y diferentes estrategias de GIVS se agrupan en cuatro esferas:

1. Vacunar a más personas contra las enfermedades mediante una combinación apropiada de estrategias siste-

máticas y campañas, con una atención sin precedentes hacia las personas cuyo acceso resulta difícil.

2. Incorporar una gama de nuevas vacunas y tecnologías disponibles, concentrándose en la promoción de su desarrollo y prestando apoyo a los países en la evaluación de sus necesidades, la planificación y el establecimiento de prioridades, y la obtención de la financiación necesaria.
3. Prestar diversas intervenciones clave en materia de salud junto con la inmunización, con un hincapié en el papel que debe desempeñar la inmunización en el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante un fomento de la capacidad en materia de recursos humanos, al mismo tiempo que se mejora la logística y se garantizan los recursos financieros necesarios.
4. Lograr un suministro seguro y equitativo de recursos para la inmunización mediante la colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, los donantes y los fabricantes de vacunas en los países industrializados y en desarrollo.

GIVS basa su tarea en la estrecha colaboración que han ejercido durante varias décadas la OMS, UNICEF, los gobiernos anfitriones y otros aliados. Los principios rectores incluyen la igualdad en el acceso a las vacunas; un mecanismo de prestación de servicios sólido y basado en los distritos; sostenibilidad mediante el fomento de la capacidad, tanto en el aspecto técnico como financiero; la responsabilidad del gobierno y la importancia de que todas las partes implicadas rindan cuentas. Las actividades concretas se llevarán a cabo de acuerdo a las prioridades nacionales y la situación de los fondos.

Para que esta visión se plasme en la realidad, está claro que se necesitan más recursos. En 2000 se gastaron alrededor de 1.000 millones de dólares en la inmunización sistemática con vacunas tradicionales; se espera que este costo se duplique en 2006, debido a la incorporación de nuevas vacunas y la necesidad de lograr un impulso para reducir más aún la mortalidad mediante la ampliación del uso de las vacunas existentes. Para 2015, si se han alcanzado todos los objetivos, se calcula que el costo anual de la inmunización será el triple de la cifra de 2006: alrededor de 6.000 millones de dólares¹⁶.

Pero las ventajas que logrará el mundo a cambio de esta inversión –en vidas salvadas y casos de discapacidad que se evitarán– no tienen precio. A partir de 2015, la inmunización podría evitar la muerte de 4 a 5 millones de niños y niñas todos los años¹⁷. Cada vez se combina más con otras intervenciones durante los días de la salud de la infancia, y mediante los servicios de divulgación y las campañas. Por estas razones, la inmunización sigue siendo una de las inversiones en la salud más eficaces en función de sus costos.

En las últimas décadas han surgido varios mecanismos de financiación muy innovadores: el Fondo Rotatorio para Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud, ARIVA (Appui au Renforcement de l'Indépendance Vaccinale en Afrique), la Iniciativa para la Independencia Vacunal, el Fondo para Vacunas de GAVI, y la inclusión de la inmuniza-

ción en los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza de varios países. En un futuro cercano, nuevos mecanismos de financiación de una amplia base –como los desembolsos iniciales para el apoyo a la inmunización por medio de instituciones financieras internacionales– pueden impulsar una mayor expansión.

En este informe ya se han reconocido las contribuciones de GAVI, la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis y la Iniciativa contra el Sarampión, entre otras alianzas internacionales. Los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, los dirigentes tradicionales y religiosos, y las organizaciones de la sociedad civil, son aliados fundamentales sobre el terreno, especialmente cuando se trata de llegar a las personas de acceso más difícil, mejorar el rendimiento en los distritos, combinar recursos y lograr el mayor grado de coordinación.

Aumentar la cobertura de las vacunas existentes y nuevas que puedan contribuir a reducir la mortalidad infantil seguirá siendo un desafío tanto para los gobiernos en los países en desarrollo como para sus aliados de las organizaciones internacionales. Pero no es un desafío que no se pueda superar. Ahora no es el momento de quejarse del costo añadido que supone la inmunización, sino de aprovechar que se trata de la manera más viable y eficaz en función de sus costos de reducir la mortalidad infantil, y por tanto de lograr que uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio más importantes esté al alcance de todos.

UNA NOTA SOBRE LOS ANÁLISIS REGIONALES

Los análisis regionales que comienzan en la página siguiente se centran en la cobertura sistemática de la vacuna contra el sarampión, en lugar de la vacuna DPT3, como principal indicador de progreso hacia la meta de lograr una cobertura nacional de inmunización de un 90%. La cobertura de inmunización contra el sarampión –además de las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años– es uno de los indicadores fundamentales que se utilizan para registrar los avances hacia el ODM 4. El sarampión es también una de las enfermedades prevenibles mediante vacunación que más muertes causa entre los menores de cinco años. La cobertura sistemática es fundamental para evitar la mortalidad debida al sarampión en los nacimientos cohortes posteriores, y por ello es un indicador importante.

En general, tanto las regiones de América Latina y el Caribe como la de ECE/CEI, así como los países industrializados, han logrado alcanzar el objetivo de una cobertura de un 90% contra el sarampión y tienen grandes posibilidades de mantener estos niveles. Oriente Medio y África del Norte tiene también grandes posibilidades de mejorar de forma lo suficientemente rápida como para cumplir con el objetivo en 2010. Pero Asia oriental y el Pacífico tendrá que lograr mejoras considerables, mientras que Asia meridional y África subsahariana se encuentran bastante rezagadas y tendrán que mejorar las tasas anuales de aumento en un promedio de 3,2 puntos porcentuales y 4,1 puntos porcentuales, respectivamente, para lograr una cobertura de un 90% en 2010.

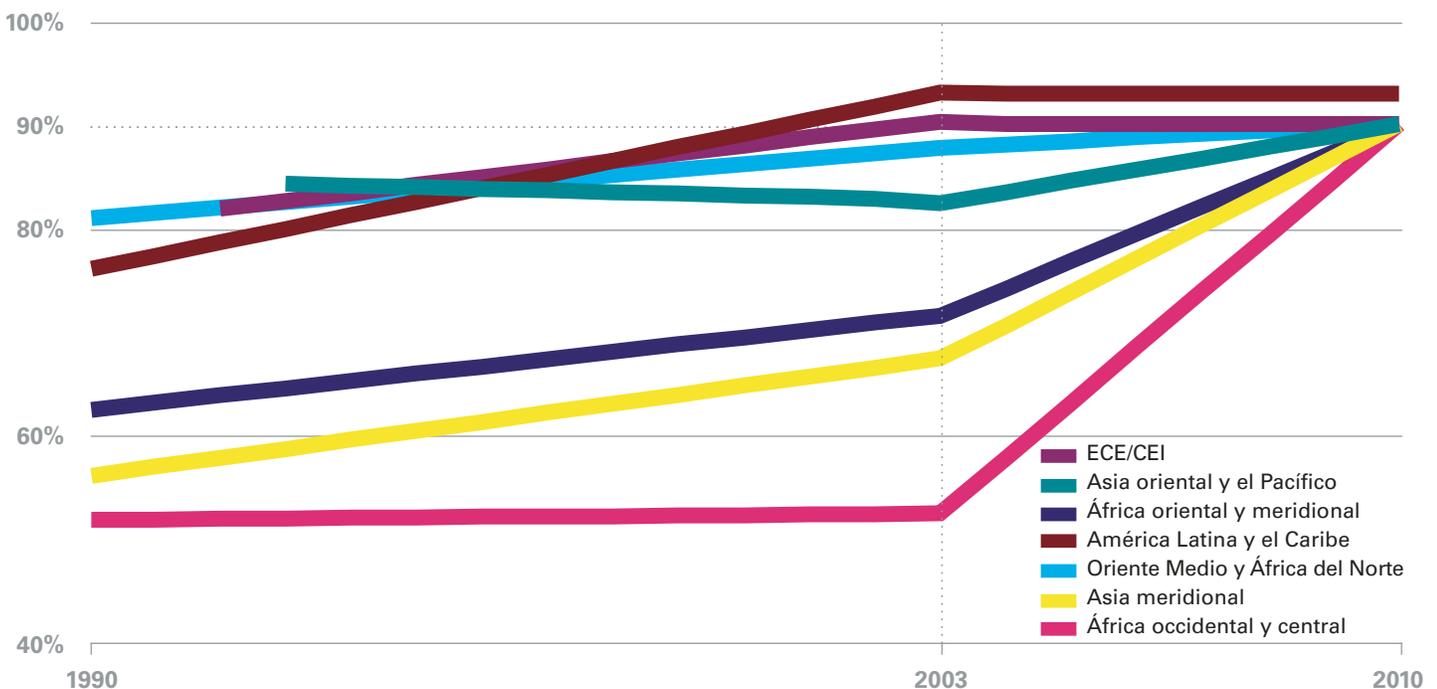
Estos promedios regionales descritos de manera general no revelan toda la verdad, sin embargo, ya que no describen las historias positivas en las regiones donde no se producen resultados satisfactorios, ni los fracasos que se dan en zonas con indicadores elevados. Tanto en América Latina y el Caribe como en ECE/CEI, por ejemplo, hay países que son causa de preocupación, mientras que ha habido progresos considerables en muchos países de África. La cobertura sistemática no refleja las grandes cantidades de niños, niñas y mujeres que se benefician de las actividades de inmunización suplementaria, que son campañas especiales para reducir la mortalidad y la morbilidad, especialmente entre los grupos a quienes no llegan los programas sistemáticos.

El éxito de las campañas no sistemáticas de inmunización contra el sarampión –mencionado en la sección sobre la reducción de la mortalidad debido al sarampión– ilustra que la cobertura sistemática contra el sarampión no predice por sí sola una reducción en la mortalidad infantil debido a las enfermedades que se pueden prevenir con la vacuna.

Tendencias en la cobertura sistemática de la vacuna del sarampión, 1990–2010

Progreso por regiones hacia una cobertura de un 90% con la vacuna del sarampión. Las líneas que indican las tendencias entre 1990 y 2003 muestran niveles de cobertura observados. Las líneas que indican las tendencias entre 2004 y 2010 muestran la TMAA necesaria para cumplir con el objetivo en 2010.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*.



Se necesitan tasas más elevadas de inmunización.

En África oriental y meridional se inmuniza a un 71% de los niños y las niñas contra el sarampión por medio de servicios sistemáticos; la cobertura ha aumentado a una tasa media anual de 0,7 puntos porcentuales entre 1990 y 2003. Todavía queda un largo camino por recorrer para cumplir con el objetivo de alcanzar un 90% de cobertura. La tasa media de aumento tendrá que incrementarse en 2,6 puntos porcentuales todos los años hasta 2010.

Se necesitan desesperadamente tasas más elevadas de inmunización. Con 156 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, África oriental y meridional tiene la mayor tasa de mortalidad de menores de cinco años que cualquier otra región del mundo, exceptuando África occidental y central.

En la cobertura contra el sarampión, los países con un mejor rendimiento en la región son Seychelles, donde se inmuniza al 99% de los niños y las niñas, y la República Unida de Tanzania, donde se inmuniza al 97%.

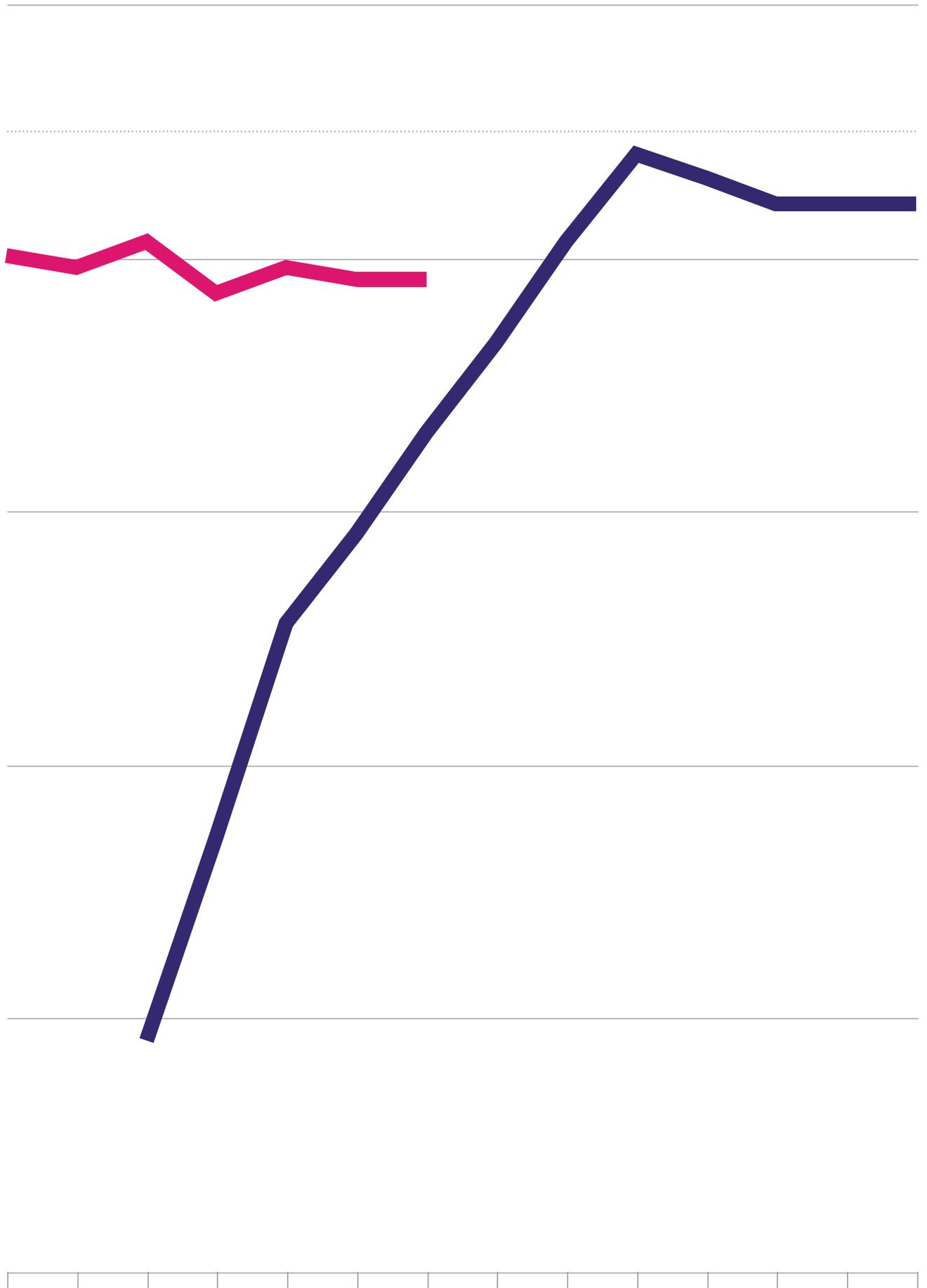
que recorrer, necesita una transformación incluso más espectacular que la de Eritrea para lograr una cobertura del 90%; la cobertura sistemática era de un 40% en 2003.

Hasta la fecha, el enfoque de la OMS y UNICEF en materia de inmunización denominado “Llegar a todos los distritos” (ver página 4) se ha puesto en marcha en la mitad de los países de la región.

ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL: UN LARGO CAMINO POR RECORRER

Eritrea y Uganda no han alcanzado aún la meta, pero hay grandes posibilidades de que lo logren en 2010. Es preciso conceder a Eritrea un reconocimiento especial debido a que, hasta una fecha tan reciente como 1992, la inmunización contra el sarampión solamente había llegado a un 18% de los niños y niñas. Sin embargo, la cobertura aumentó en la década siguiente a una tasa promedio de 6 puntos porcentuales al año, con mucho la mejora más rápida en el mundo durante ese mismo periodo. Un análisis más minucioso de los datos revela que Eritrea logró un crecimiento igual de impresionante en la cobertura de todas las vacunas importantes en 1999, pero que la cobertura se ha reducido ligeramente desde entonces.

Los otros 14 países de la región tendrán que mejorar su tasa media anual de aumento para alcanzar la meta de un 90% en la cobertura de vacunación contra el sarampión. En cuatro países –Angola, Etiopía, Madagascar y Somalia– la mejora tendrá que ser considerable: un promedio de 4 puntos porcentuales o más al año. Somalia, que tiene el mayor camino



No se registró ninguna mejora entre 1990 y 2003.

La región de África occidental y central tiene que tomar medidas muy urgentes para mejorar su cobertura de inmunización. Presenta con mucho la cobertura más baja del mundo –sólo un 52% de todos los niños y las niñas recibieron vacunas contra el sarampión en 2003 por medio de servicios sistemáticos de inmunización– y además no consiguió registrar ninguna mejora entre 1990 y 2003.

En la región se dan además con diferencia las tasas más elevadas de mortalidad de menores de cinco años, con 193 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, en comparación con un promedio de 87 por cada 1.000 nacidos vivos en todos los países del mundo en desarrollo.

Solamente tres de los países de la región tienen posibilidades de lograr el objetivo de un 90% de inmunización contra el sarampión: Gambia, donde ya se ha logrado el objetivo, y Ghana y Santo Tomé y Príncipe, que se considera que están bien situados para conseguirlo en 2010. Los otros 21 países tendrán que lograr mejoras de importancia.

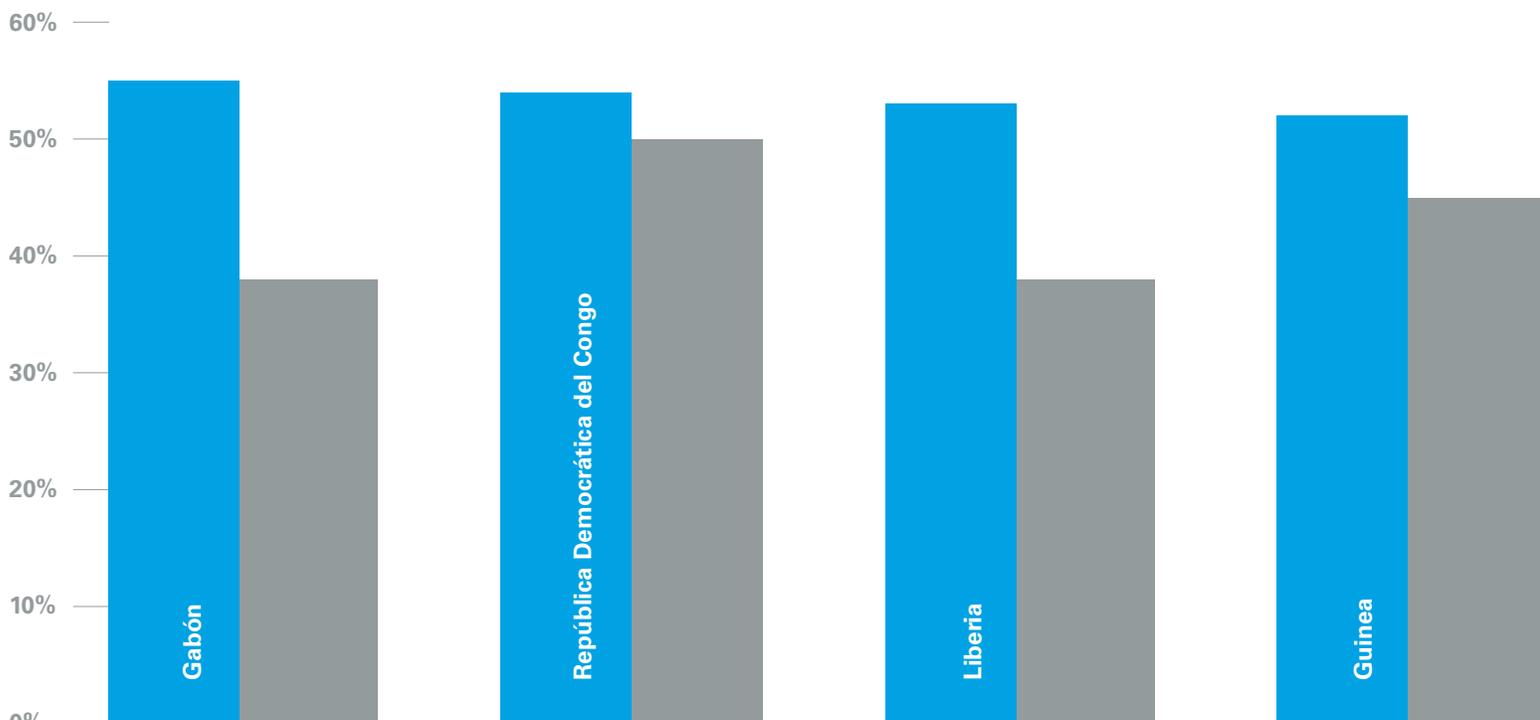
La cobertura sistemática de inmunización contra el sarampión es de solamente un 35% en la República Centroafricana y en

Nigeria, los dos países del mundo con los niveles más bajos en la cobertura contra el sarampión; la tasa media anual de aumento necesaria sería de 7,9 puntos porcentuales. Además, en estos dos países, junto a Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Gabón, Guinea Ecuatorial y Togo, la cobertura de inmunización ha descendido entre 1990 y 2003.

La situación es especialmente preocupante en Nigeria, debido a su elevado número de habitantes: con 2,9 millones de niños y niñas menores de un año desprovistos de protección contra el sarampión, hay más niños sin vacunar que en cualquier otro país del mundo si se exceptúa la India.

Las situaciones de emergencia, la inestabilidad y la inseguridad en la mitad de los países de la región son importantes obstáculos para poner en marcha actividades sistemáticas de inmunización. Otra dificultad reside en la falta de fondos para financiar vacunas para la inmunización sistemática. De los 24 países de la región, ocho (Benin, Congo, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Togo) dependen completamente de los donantes externos para financiar las vacunas tradicionales del PAI y apoyar las actividades de inmunización.

ÁFRICA OCCIDENTAL Y CE MEDIDAS URGENTES



Otro motivo importante que explica el bajo rendimiento de estos países es la falta del personal de la salud necesario para llevar a cabo las actividades de inmunización en los distritos y zonas periféricas, especialmente en aquellos países con grandes extensiones de territorio y en los cuales hay dificultades para llegar a las zonas más remotas.

Sin embargo, se han alcanzado logros positivos. Entre los países que consiguieron mejoras sustanciales en el periodo de 1990 a 2003 se encuentra Níger, con un aumento de 3 puntos porcentuales al año en la cobertura de inmunización contra el sarampión, y Mauritania, con 2,5.

La Iniciativa contra el Sarampión prestó apoyo en 2004 a una serie de campañas nacionales destinadas a complementar la baja cobertura de inmunización sistemática y acelerar la reducción de la mortalidad. Burkina Faso, Malí, Mauritania y Togo lograron todos ellos una cobertura casi universal.

La campaña integrada de salud dirigida en diciembre de 2004 a los niños y niñas menores de cinco años en Togo fue una oportunidad no solamente para vacunarlos contra el

sarampión y la poliomielitis, sino también para ofrecerles otras intervenciones de salud, como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración y medicamentos antiparasitarios.

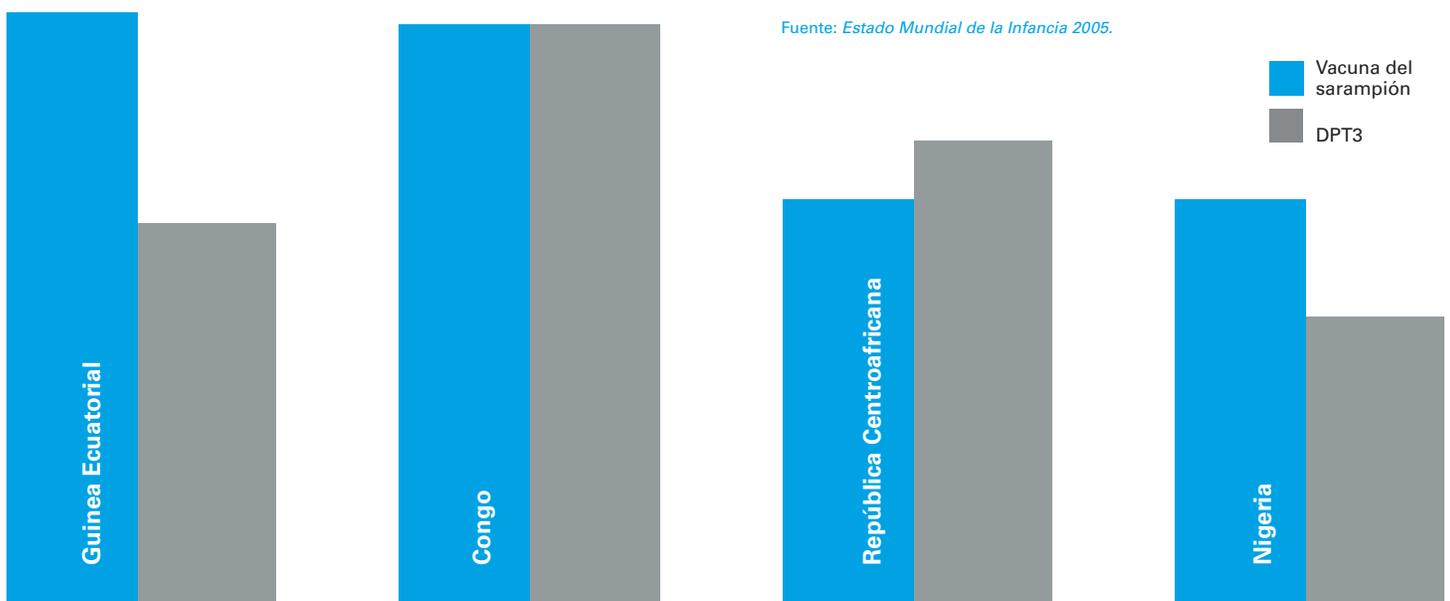
Una de las prioridades estratégicas de UNICEF en la región ha sido el Programa Acelerado para la Supervivencia y Desarrollo Infantiles, que actualmente se centra en más de 16 millones de personas que viven en distritos seleccionados de 11 países donde se registran cifras elevadas en la mortalidad de menores de cinco años. La inmunización contra el sarampión y la DPT3 han sido intervenciones básicas de este programa, junto a la administración de suplementos de vitamina A y la distribución a mujeres embarazadas y niños y niñas menores de cinco años de mosquiteros tratados con insecticidas.

NTRAL: SE NECESITAN

Cobertura con la vacuna del sarampión y la DPT3 en países seleccionados, 2003

Ocho países de la región necesitarán una TMAA de 5 puntos porcentuales o más a fin de lograr el 90% en la cobertura de la inmunización contra el sarampión. La cobertura con la vacuna DPT3 en estos países es por lo general más baja y también exigirá una mejora a fin de lograr el objetivo.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*.



La región tendrá que aumentar el ritmo para cumplir con el objetivo.

Entre 1990 y 2003, Asia meridional logró un aumento más rápido en la cobertura sistemática de inmunización que cualquier otra región si se exceptúa América Latina y el Caribe, con un aumento medio anual de 0,9 puntos porcentuales en la cobertura contra el sarampión. Sin embargo, con una cobertura de inmunización contra el sarampión de solamente un 67% en 2003, la región tendrá que aumentar considerablemente el ritmo para cumplir con el objetivo de un 90% en 2010.

Maldivas y Sri Lanka han logrado el objetivo y la predicción es que conseguirán mantener sus niveles de cobertura. La cobertura en Bhután ha descendido ligeramente por debajo del 90% en los últimos años. Los otros países de la región deberán lograr mejoras considerables para alcanzar el objetivo; el Afganistán y el Pakistán son los países que más aumentos necesitan. Aunque en el Afganistán se registraba la cobertura de inmunización contra el sarampión más baja, alrededor de un 50% en 2003, la cifra representa un enorme progreso con respecto al 20% de 1990 y significa un aumento de 6 puntos porcentuales solamente entre 2002 y 2003.

zonas de la región. En parte, esto se debe a que los distritos carecen de capacidad de planificación y de fondos para llevar a cabo servicios de divulgación y sistemas de supervisión y seguimiento para registrar los progresos. Pero también hay dificultades en los sistemas de salud de la región, con instalaciones básicas deficientes y un personal sanitario que recibe unos salarios muy bajos y por tanto muy pocos incentivos para permanecer en las zonas más remotas.

En la India se ha puesto en marcha la Misión Nacional en favor de la Salud en el Medio Rural (2005-2010), con el fin de contrarrestar el descenso en la cobertura de inmunización y reducir el número de brotes de enfermedades. Este proyecto trata de ampliar la base de los enfoques actuales, que se concentran sobre todo en la poliomielitis, y de lograr una mayor igualdad en la prestación de servicios sistemáticos. La misión se inició como respuesta a los recientes brotes de sarampión, tos ferina y difteria en la zona norte del país.

ASIA MERIDIONAL: SE NECESITAN MEJORAS

La elevada población de la India, junto a su cobertura de inmunización de dos terceras partes, significa que en este país hay más del doble de niños y niñas sin vacunar que en cualquier otro país: alrededor de 7,8 millones que no reciben protección contra el sarampión. En el Pakistán hay alrededor de 1,9 millones de niños y niñas sin vacunar.

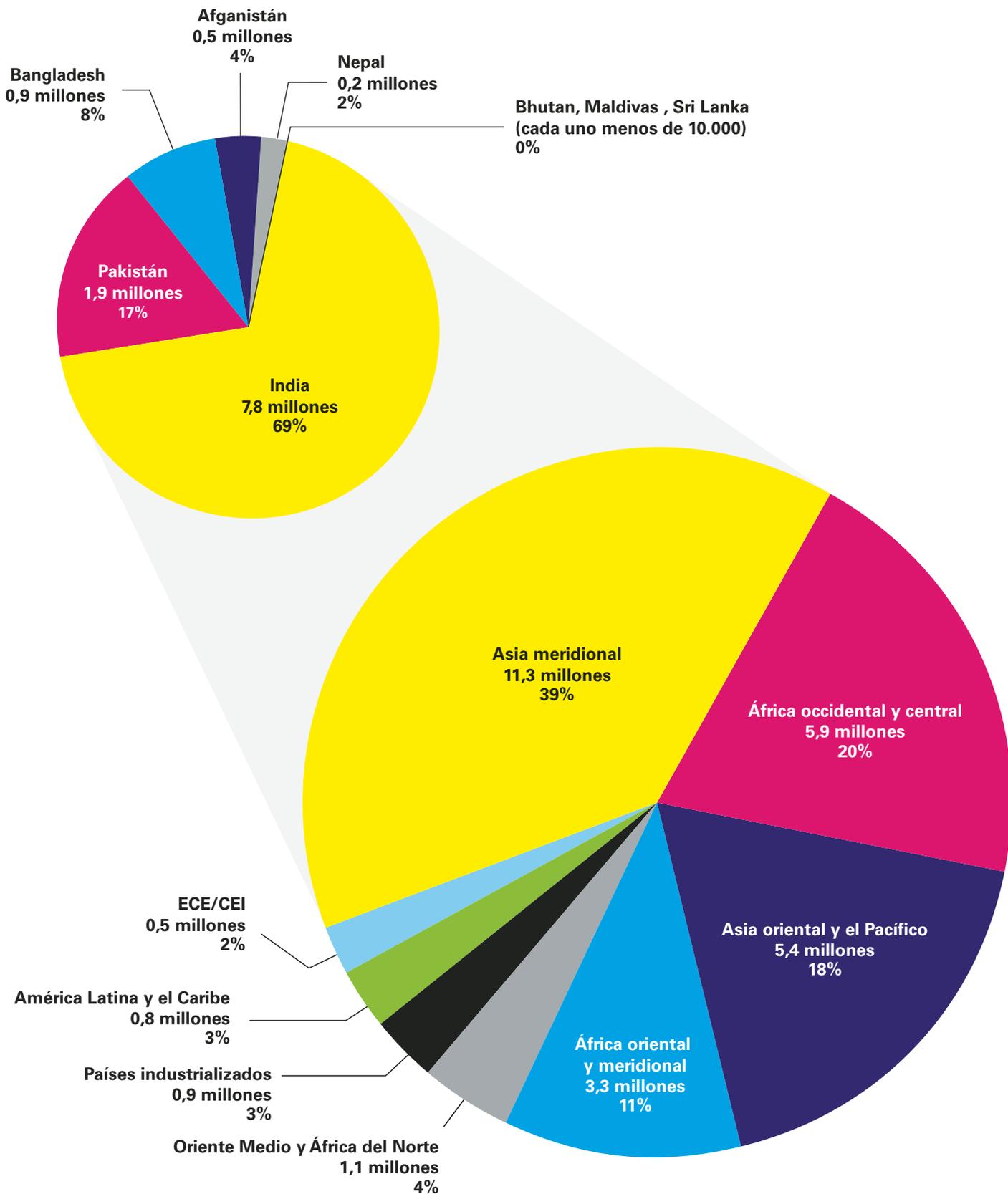
En el Afganistán todavía hay una elevada tasa de mortalidad de menores de cinco años: 257 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, una tasa que solamente superan Angola, el Níger y Sierra Leona. La inmunización de 11,2 millones de niños y niñas de 6 meses a 12 años –que incluyó una importante campaña en 2002 y 2003– ha reducido el número de casos registrados de sarampión y ha evitado alrededor de 35.000 muertes por sarampión todos los años¹⁸.

A pesar del conflicto civil que sacude al país, el Nepal ha logrado una tasa media anual de aumento relativamente elevada en la cobertura de inmunización contra el sarampión: 1,4 puntos porcentuales entre 1990 y 2003. La cobertura de inmunización sistemática sigue siendo reducida en algunas

Niñas y niños vacunados contra el sarampión, por regiones y en Asia meridional, 2003

De todas las regiones, en Asia meridional se registra el mayor número de niños y niñas sin protección contra las enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación, entre ellos alrededor de 7,8 millones en la India y 1,9 millones en el Pakistán que no están vacunados contra el sarampión.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*, con cálculos adicionales realizados por UNICEF.



Sin embargo, algunos países no cumplirán el objetivo.

Con una cobertura sistemática contra el sarampión de un 88% en 2003, la región de Oriente Medio y África del Norte se encuentra bien encaminada para lograr el objetivo de un 90% en la cobertura. Mantener su tasa media anual de mejora registrada desde 1990 será más que suficiente. Sin embargo, como ocurre a menudo, el promedio regional oculta un factor evidente: algunos países de la región no alcanzarán el objetivo sin una mejora considerable en los próximos años.

De los 20 países y territorios de la región, 16 han logrado ya una cobertura de un 90% en la vacunación contra el sarampión. Casi todos estos países financian sus campañas de inmunización con sus propios presupuestos, lo que indica tanto el compromiso de los gobiernos con este aspecto de la salud infantil como la muy probable sostenibilidad de las actividades.

Entre los países donde se registra un mejor rendimiento, podría decirse que los más notables son aquellos que todavía se recuperan de un conflicto, o son víctimas de uno de ellos.

un descenso catastrófico a poco más de un 20% en 1998-1999, debido a la ruptura en la cadena del frío.

Yemen sufrió también una reducción notable a mediados de los años 1990, debido a un descenso en el apoyo de los donantes y a un periodo de desórdenes civiles; todavía no mantiene una tendencia uniforme hacia el alza, ya que mejoró a comienzos de los años 2000, descendió de nuevo y se recuperó en 2004. Las campañas que se llevan a cabo en la actualidad están totalmente financiadas por el país. El Sudán nunca ha alcanzado una cobertura de inmunización por encima de dos terceras partes (en 2001) para la vacuna contra el sarampión, pero incluso esta cobertura ha sufrido un descenso, al empeorar en 2004 por la persistencia de los conflictos y la falta de acceso en Darfur.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE: EN EL BUEN CAMINO

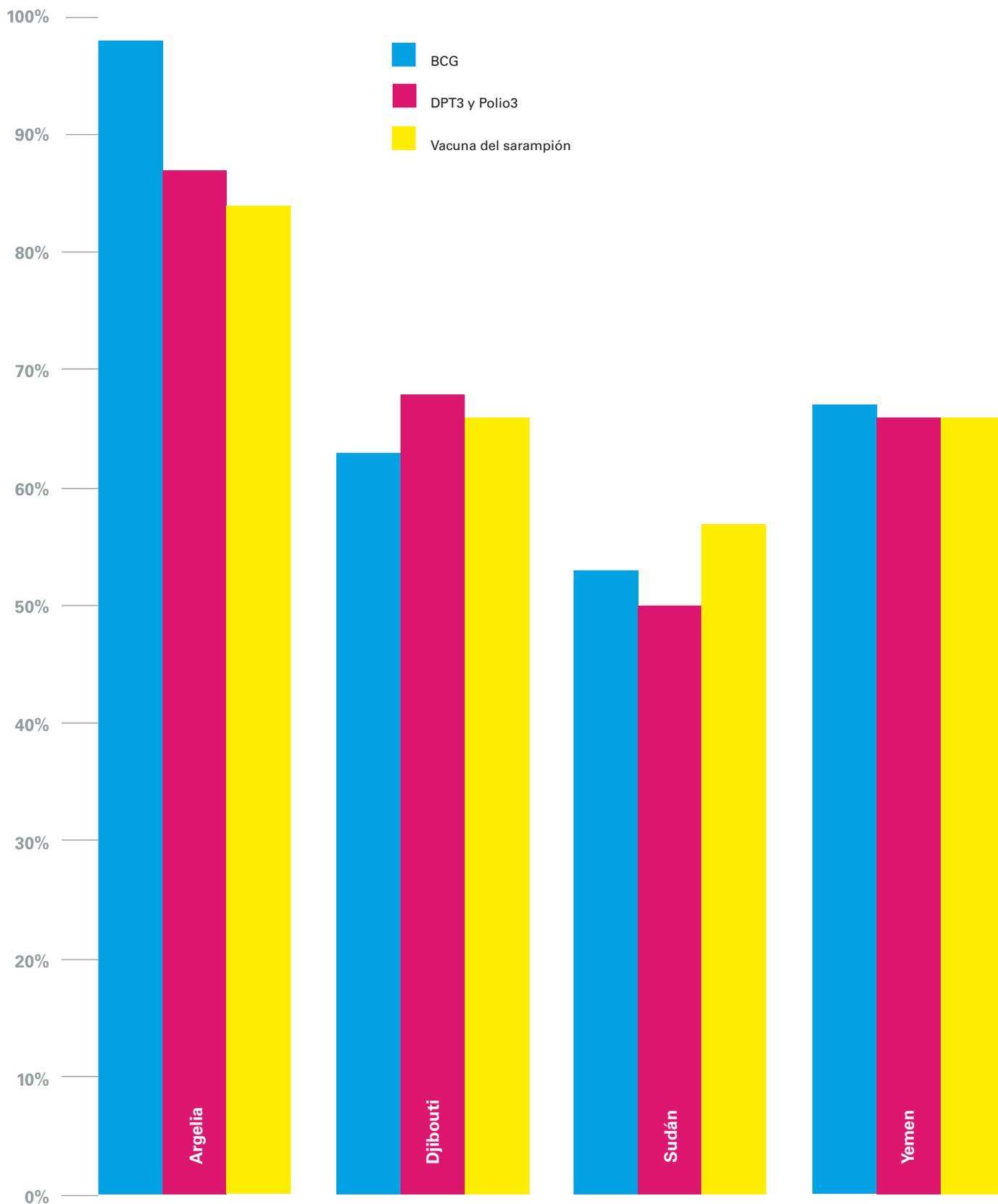
Kuwait y el Líbano se recuperaron rápidamente durante los años 1990 de sus respectivas guerras y ahora registran una cobertura casi universal en la mayoría de las vacunas más importantes. El Territorio Palestino Ocupado ha logrado una elevada cobertura desde 1995 y ahora presenta una tasa de inmunización de un 99% contra el sarampión. La recuperación de Iraq es más problemática después de 13 años de sanciones y de dos guerras, pero se ha vuelto a poner en marcha el sistema de la cadena del frío, que había sido destruido; la cobertura en 2003 fue de un 90% contra el sarampión.

En Argelia, Djibouti, el Sudán y Yemen serán precisas grandes mejoras para proteger de manera adecuada a los niños y las niñas contra la enfermedad. En Argelia, la cobertura de otras vacunas es mejor que la del sarampión, de sólo un 84%. En Djibouti se registró una cobertura de inmunización contra el sarampión considerablemente más reducida en 2003 que en 1990, aunque en los últimos años se han registrado aumentos importantes después de que se produjera

Cobertura de la inmunización sistemática en países seleccionados, 2003

Cuatro países de la región necesitarán mejoras a fin de alcanzar un 90% en la cobertura de la inmunización contra el sarampión en 2010. Más abajo se presentan los niveles de protección mediante vacunas contra la tuberculosis (BCG), la difteria, tos ferina y tétanos (DPT3), la poliomielitis (tres dosis de la vacuna antipoliomielítica, Polio3) y el sarampión.

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2005.



Es muy posible que la región mantenga e incluso amplíe su cobertura.

En su conjunto, la región ECE/CEI ha logrado en 2003 el objetivo de alcanzar un 90% en la cobertura de inmunización contra el sarampión. El desafío ahora es llegar al último 10% de los niños y las niñas que no reciben los beneficios de la inmunización básica, y que son aquellos que viven en zonas remotas, los pobres de las zonas urbanas, las minorías y los niños y niñas en situaciones de conflicto. Todos ellos suelen estar más necesitados de vacunas que nadie, pero solamente es posible inmunizarlos aplicando diferentes estrategias.

La protección contra el sarampión en la región ECE/CEI ha mejorado en una tasa media de 0,8 puntos porcentuales desde 1992. Es muy posible que la región logre mantener e incluso ampliar esta cobertura. Los casos de enfermedades que se pueden evitar mediante una vacuna están descendiendo y en 2002 se certificó que la región de Europa –que incluye a todos los países de ECE/CEI– estaba libre de la poliomielitis.

De los 20 países de la región, en 15 ya se ha logrado el objetivo del 90% en la inmunización contra el sarampión, y en otros tres –Bosnia y Herzegovina, Serbia y Montenegro, y

gran escala en 2004 para vacunar a los niños y las niñas contra el sarampión, y se alcanzó una cobertura de un 95%. En Azerbaiyán y Georgia la inmunización contra el sarampión, las paperas y la rubeola pasó a formar parte en 2004 del programa estándar de inmunización. En los 11 países de la región que cumplen con los requisitos para recibir asistencia de GAVI, las jeringas autodestruíbles son ahora la norma, pero el uso de estas jeringas en otros países de la región, entre ellos la Federación de Rusia y Turquía, es prácticamente nulo¹⁹.

Una limitación importante sigue siendo la calidad de la inmunización y la ausencia de mecanismos adecuados en todos los países para detectar y gestionar las reacciones adversas. Esto ha provocado la aparición de frecuentes informes negativos en los medios de comunicación, y de rumores sobre la calidad de las vacunas, que han afectado seriamente la confianza del público. La ausencia de autoridades nacionales regulatorias que se encarguen del control y la seguridad de las vacunas en la mayoría de los nuevos estados independientes contribuye a que se fomenten este tipo de especulaciones.

ECE/CEI: LLEGAR AL ÚLTIMO 10 POR CIENTO

Tayikistán– hay grandes posibilidades de alcanzarlo, ya que cada uno de ellos necesita lograr una tasa anual de aumento más reducida de la que ya han logrado desde 1992 a 2003. La mejora de Bosnia y Herzegovina en la inmunización desde el fin de la guerra civil de 1995 ha sido impresionante; en realidad, superó el objetivo de un 90% de cobertura en 2001 antes de descender por debajo de esa cifra en 2003.

Sin embargo, incluso en una región donde los indicadores sobre la inmunización son en general tan positivos, hay dos países donde se precisan mejoras para alcanzar el objetivo: Turquía y Georgia. Turquía ha logrado durante más de una década mantener una cobertura de cerca de un 90% para la vacuna BCG contra la tuberculosis, demostrando lo que es posible conseguir, pero su cobertura con otro tipo de vacunas ha sido mucho más irregular. La vacunación contra el sarampión logró en realidad alcanzar la marca del 90% en 2001 antes de descender a un 75% en 2003. Con una cobertura sistemática contra el sarampión de un 73% en 2003, Georgia tendrá que duplicar su tasa media anual de aumento: de 1,2 puntos porcentuales en el periodo de 1990 a 2003, a 2,4 puntos porcentuales durante el periodo 2004 a 2010. En Georgia, Tayikistán y Turquía se organizaron campañas a

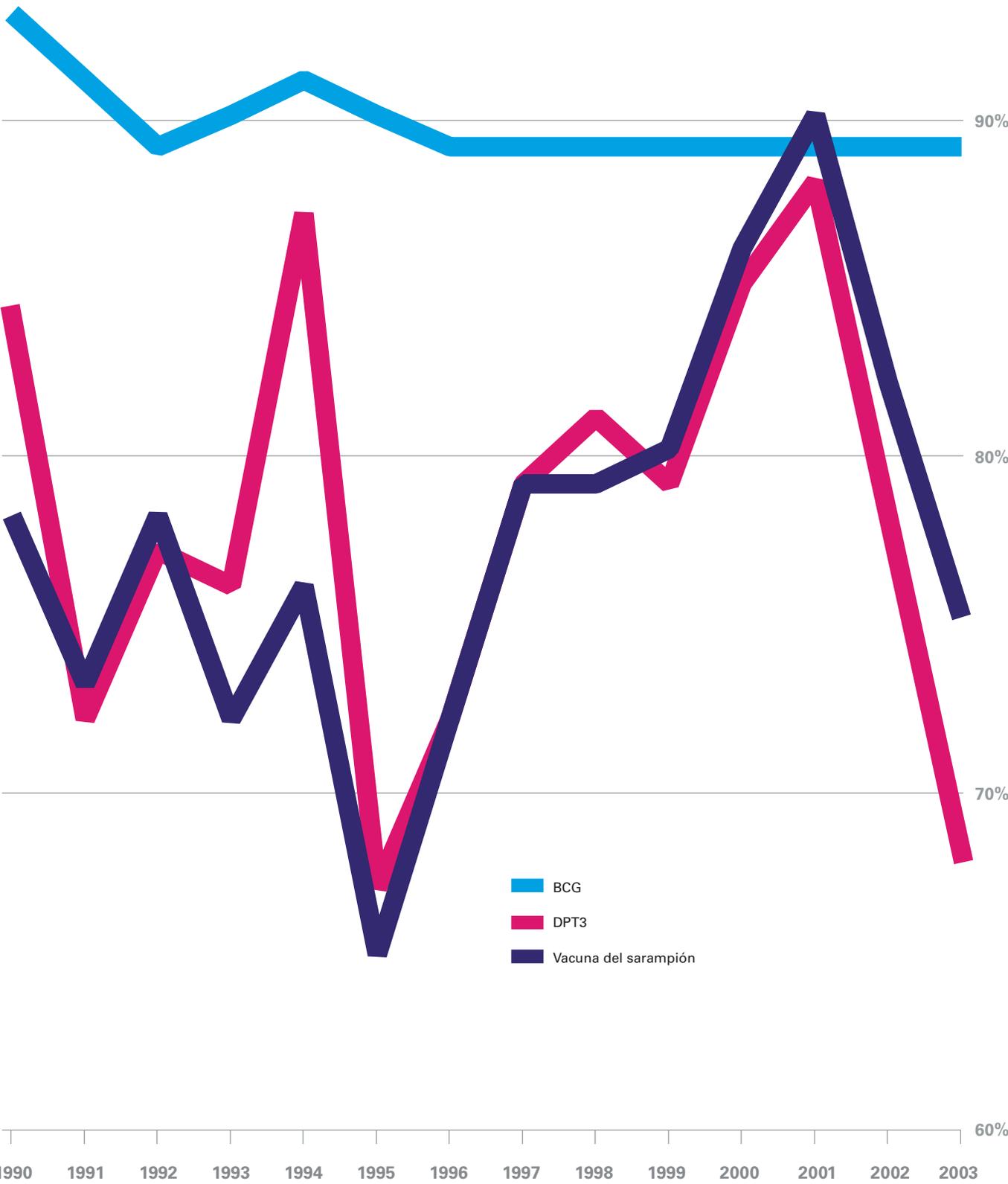
La cobertura de inmunización generalmente elevada en la región ha permitido concentrarse en los niños y las niñas cuyo acceso resulta más difícil. Los sistemas nacionales de vigilancia y seguimiento se han adaptado para apoyar datos desagregados. Además, en Georgia y Serbia y Montenegro se llevaron a cabo campañas selectivas de recuperación para vacunar a los niños y niñas del grupo étnico gitano y para los niños y niñas internamente desplazados.

La campaña selectiva de Serbia y Montenegro fue especialmente eficaz e incluyó también el registro del nacimiento de los niños y niñas que no habían sido inscritos.

Cobertura sistemática de la inmunización en Turquía, 1990–2003

La protección contra la tuberculosis (vacuna BCG) en Turquía se ha mantenido, mientras que la cobertura sistemática con la DPT3 y la vacuna contra el sarampión ha disminuido desde 2001. Se necesitan mejoras para alcanzar el objetivo de una cobertura de un 90% en 2010.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia, 2005.*



Dos tercios de los países han logrado una cobertura contra el sarampión de un 90%.

La región de América Latina y el Caribe no solamente ha alcanzado el objetivo, con una cobertura de inmunización contra el sarampión de un 93% en 2003, sino que su cobertura es también mejor que la de cualquier otra región, superando la de los países industrializados. Para lograrlo, la región registró con mucho la mayor tasa media anual de aumento en la cobertura entre 1990 y 2003: 1,3 puntos porcentuales.

Además, en la región de América Latina y el Caribe se registra la tasa de mortalidad de menores de cinco años más reducida de las regiones en desarrollo del mundo, con 32 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, aunque en esta cuestión la región se encuentra todavía muy lejos del promedio de los países industrializados, que es de 6 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos.

Dos terceras partes de los países de la región han logrado ya una cobertura contra el sarampión de un 90%, y otros tres – Guyana, Trinidad y Tabago, y Venezuela – tienen grandes posibilidades de lograrlo en 2010. De los países con mayor rendimiento, Ecuador y Perú se encuentran entre los más

espectacular durante los años 1980, Surinam alcanzó un punto máximo en la inmunización contra el sarampión de un 90% en 1992, pero en la actualidad se ha hundido de nuevo al mismo nivel de 1983 (71%).

Haití, que está muy por debajo del resto de la región en la mayoría de los indicadores de desarrollo humano, incluida la mortalidad de menores de cinco años (118 por cada 1.000 nacidos vivos), presenta también niveles muy bajos en la cobertura de inmunización contra el sarampión, que se sitúa en un 53%.

Las crisis políticas y económicas en la región, junto a las actividades poco eficaces en algunos países para reformar y descentralizar los sistemas de salud, van a presentar un desafío a los avances logrados en la inmunización y la atención primaria de la salud. En varios países se requieren grandes inversiones en los equipos de la cadena del frío. En Perú se llevó a cabo un inventario de la cadena del frío en todo el país, un logro considerable, y hay planes para invertir 10 millones de dólares en su modernización como resultado

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LA IGUALDAD ES TODAVÍA UN PROBLEMA

notables, al haber logrado progresos desde 1990, con unas tasas medias anuales de 3,0 y 2,4 puntos porcentuales, respectivamente, en la cobertura de inmunización contra el sarampión. En ambos países se registró un progreso uniforme en los principales tipos de inmunización durante dos décadas, a partir de los niveles mínimos logrados en 1980. Pero en Ecuador es preciso prestar atención a la sostenibilidad de la cobertura de inmunización contra el sarampión, que en 1999 alcanzó un 99%, ya que se produjeron descensos significativos en 2000 y en 2002.

Incluso en esta región, donde en general se registran buenos resultados, las cifras medias pueden ser engañosas y la igualdad sigue siendo una cuestión preocupante. Todavía hay siete países donde se necesitarán mejoras importantes en los niveles de cobertura de inmunización contra el sarampión para lograr el objetivo en 2010: Bolivia, Guatemala, Haití, Jamaica, Panamá, República Dominicana y Surinam.

En Guatemala nunca se ha logrado una cobertura uniformemente elevada contra el sarampión. Después de un aumento

del proceso. Las políticas y prácticas sobre la seguridad en la aplicación de inyecciones están atrasadas en gran parte de América Latina y el Caribe, y existe la necesidad urgente de modernizar las normas y las prácticas de aplicación de inyecciones en los programas de inmunización de la región.

En Venezuela, el modelo de atención primaria de la salud denominado Barrio Adentro se está convirtiendo en el núcleo del sistema de salud pública del país, ampliando la red de atención sanitaria a las comunidades pobres que reciben pocos servicios. El modelo podría convertir a Venezuela en el primer país de América Latina que no dependa de las campañas complementarias de inmunización para mantener sus logros en la lucha o eliminación de las enfermedades que se pueden evitar mediante la vacunación.

Cobertura sistemática de inmunización (vacuna del sarampión) en algunos países, 2003

Siete países de la región necesitarán mejoras a fin de alcanzar un 90% en la cobertura contra el sarampión para 2010. Sus tasas de mortalidad de menores de cinco años oscilan desde 118 en Haití a 20 en Jamaica.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*.



Para algunos países, el objetivo se encuentra muy distante.

Asia oriental y el Pacífico fue la única región del mundo que, en lo que se refiere a la cobertura general, sufrió un retroceso entre 1990 y 2003, ya que la cobertura sistemática contra el sarampión se redujo de un 84% a un 82%. Por tanto, se necesitan mejoras en la región para alcanzar en 2010 el objetivo de un 90% en la inmunización contra el sarampión. Para algunos países, además, la meta se encuentra de hecho muy distante, y para lograrlo será necesario que tomen medidas importantes.

Poco más de la mitad de los países y territorios de la región han logrado ya el objetivo, y todos ellos tienen grandes posibilidades de mantener la cobertura. Los progresos más rápidos en los últimos años se han registrado en las Islas Cook y las Islas Marshall, donde se registraron tasas medias anuales de 2,5 puntos porcentuales y 2,9 puntos porcentuales, respectivamente. Una mirada más minuciosa a los resultados anuales revela que las Islas Cook sufrieron un importante descenso en la cobertura de inmunización contra el sarampión en 1999, antes de recuperarse y alcanzar una cobertura casi universal en 2003. En las Islas Marshall, las tasas de inmunización contra el sarampión se mostraron

En cuatro países de la región hay motivos de especial preocupación. En Papua Nueva Guinea se necesita un nuevo impulso: la inmunización contra el sarampión llegó a su punto máximo en 1995, un 75%, pero en los años siguientes hubo problemas para superar el 50% en todos los tipos de inmunización. En Vanuatu se ha producido un descenso alarmante en la cobertura, desde unos niveles de alrededor de un 90% para la mayoría de las vacunas en 2001 a un 50% en 2003. En la República Popular Democrática Lao, a pesar de que en 1994 se produjo un súbito aumento en la cobertura hasta un 73% –debido al considerable apoyo financiero de UNICEF y otros donantes– a comienzos de los años 2000 la cobertura del sarampión descendió a un 42%. La cobertura en Nauru ha variado, pero el país dispone claramente de la capacidad de alcanzar el objetivo, al haber logrado una cobertura de inmunización contra el sarampión de un 99% en 1997 y de un 95% en 2001.

ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO POR HACER

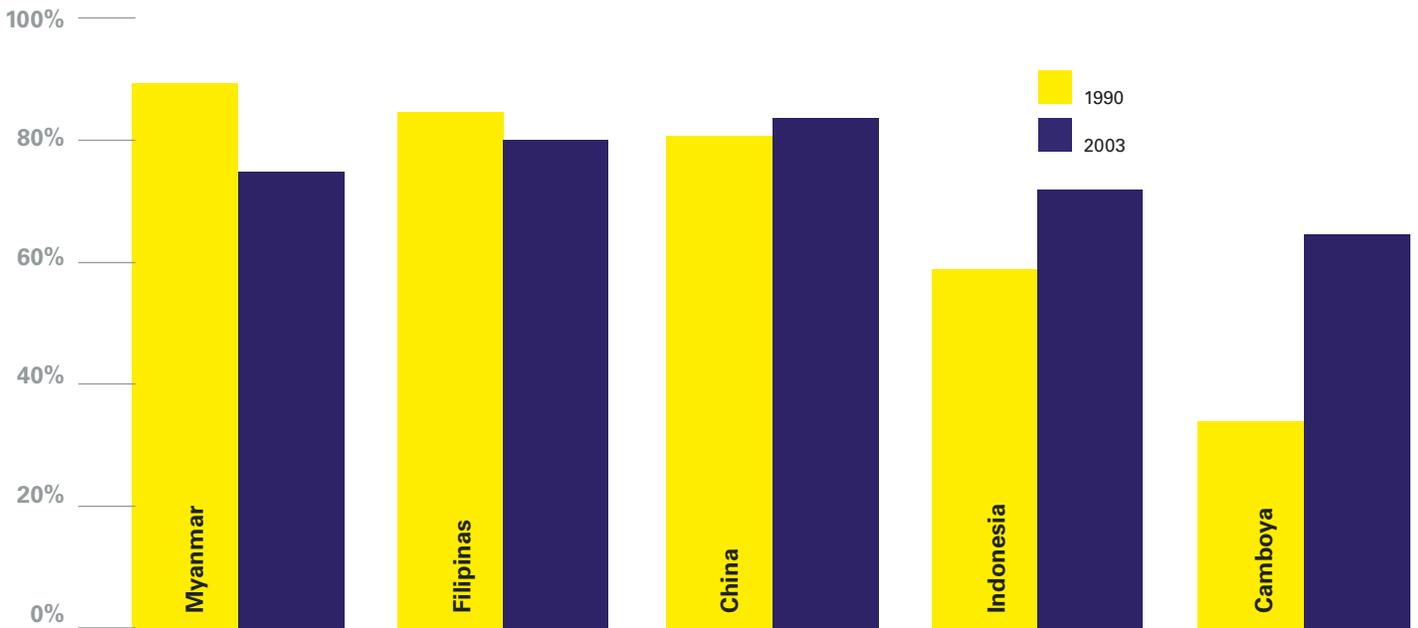
erráticas antes de 1998, pero en la actualidad son mucho más uniformes. La enorme población de China tiene obviamente grandes repercusiones sobre las estadísticas regionales generales. La cobertura de inmunización contra el sarampión es de un 84%²⁰. En una medida muy bien recibida en 2004, el Gobierno promulgó una nueva ley sobre las enfermedades infecciosas, en la que se exige que todos los ciudadanos se beneficien de manera gratuita de la inmunización básica. China es uno de los 14 países de la región que financia completamente los programas de inmunización con su propio presupuesto.

Se necesitarán mejoras en Camboya, China, Filipinas, Indonesia, Islas Salomón, Myanmar, Nauru, Niue, Papua Nueva Guinea, República Popular Democrática Lao y Vanuatu para lograr una cobertura de la vacuna contra el sarampión de un 90% en 2010. En Timor-Leste, los programas de inmunización se encuentran todavía en sus primeras etapas, después de la independencia del país en 2002. Sin embargo, la cobertura de inmunización contra el sarampión entre 2000 y 2003 ha aumentado alrededor de una cuarta parte hasta un 60%. Por ello, existe la esperanza de que los progresos sean rápidos en este país.

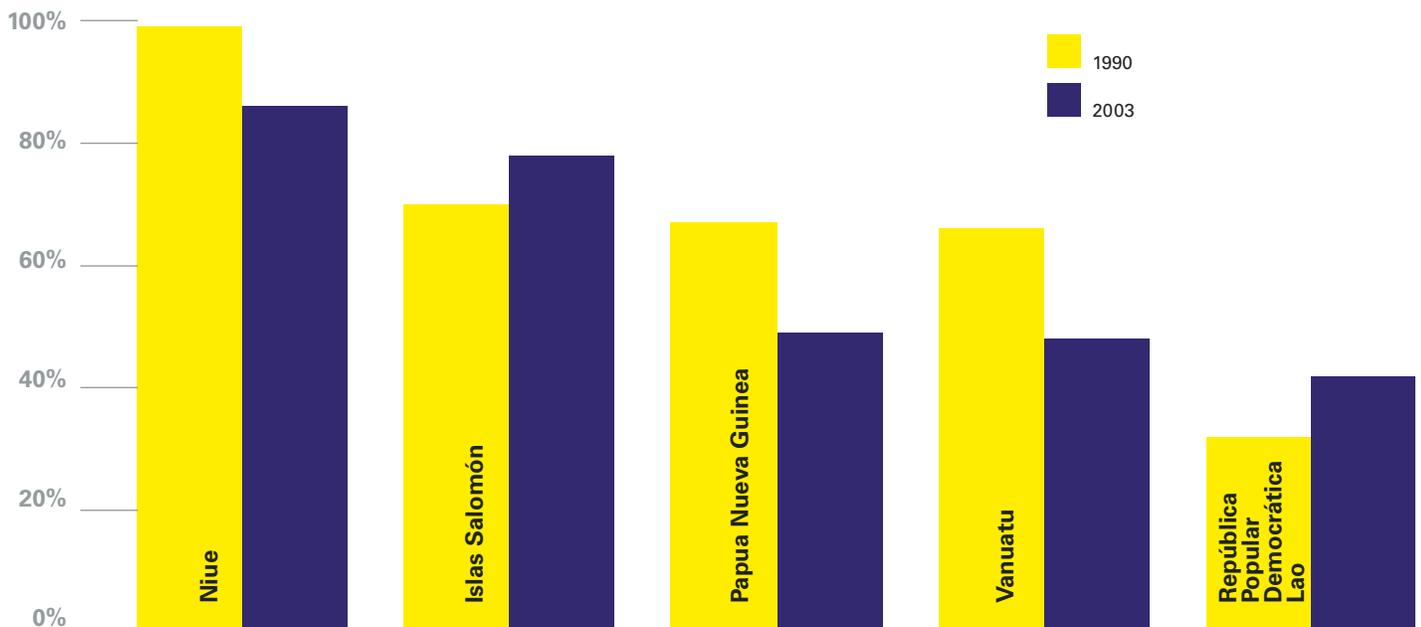
Cobertura sistemática de inmunización (vacuna del sarampión) en algunos países, 1990 y 2003

Doce países de la región necesitarán mejoras a fin de alcanzar un 90% en la cobertura contra el sarampión en 2010; aquí se muestran 10 de los 12 países (los cálculos sobre la cobertura en 1990 no estaban disponibles para Nauru ni Timor-Leste). La cobertura de China que se indica en la primera barra es de 1993.

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2005.



ICO: QUEDA TRABAJO



Las enfermedades pueden resurgir si descienden los niveles de inmunización.

Si se considera en su conjunto, el mundo industrializado ya ha logrado el objetivo de alcanzar un 90% en la cobertura de inmunización contra el sarampión, y tiene grandes posibilidades de mantener la cobertura hasta 2010 y después. El promedio de cobertura de todas las vacunas básicas es de un 90% o más. Sin embargo, no es posible bajar la guardia, debido a que las enfermedades pueden fácilmente resurgir si descienden los niveles de inmunización, y en algunos países se necesitan todavía algunas mejoras.

Entre los 26 países industrializados que han logrado alcanzar un 90% en la cobertura contra el sarampión se encuentran todos los de Europa Central y del Este que ingresaron en la Unión Europea en mayo de 2004. Eslovaquia, Hungría, Letonia y la República Checa estaban entre los seis países donde se registró un 99% en la cobertura contra el sarampión en 2003.

En cuatro países industrializados se necesitan mejoras: Austria, Bélgica, Irlanda y el Reino Unido. En cada uno de

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS PREOCUPAN LOS CASOS AISLADOS

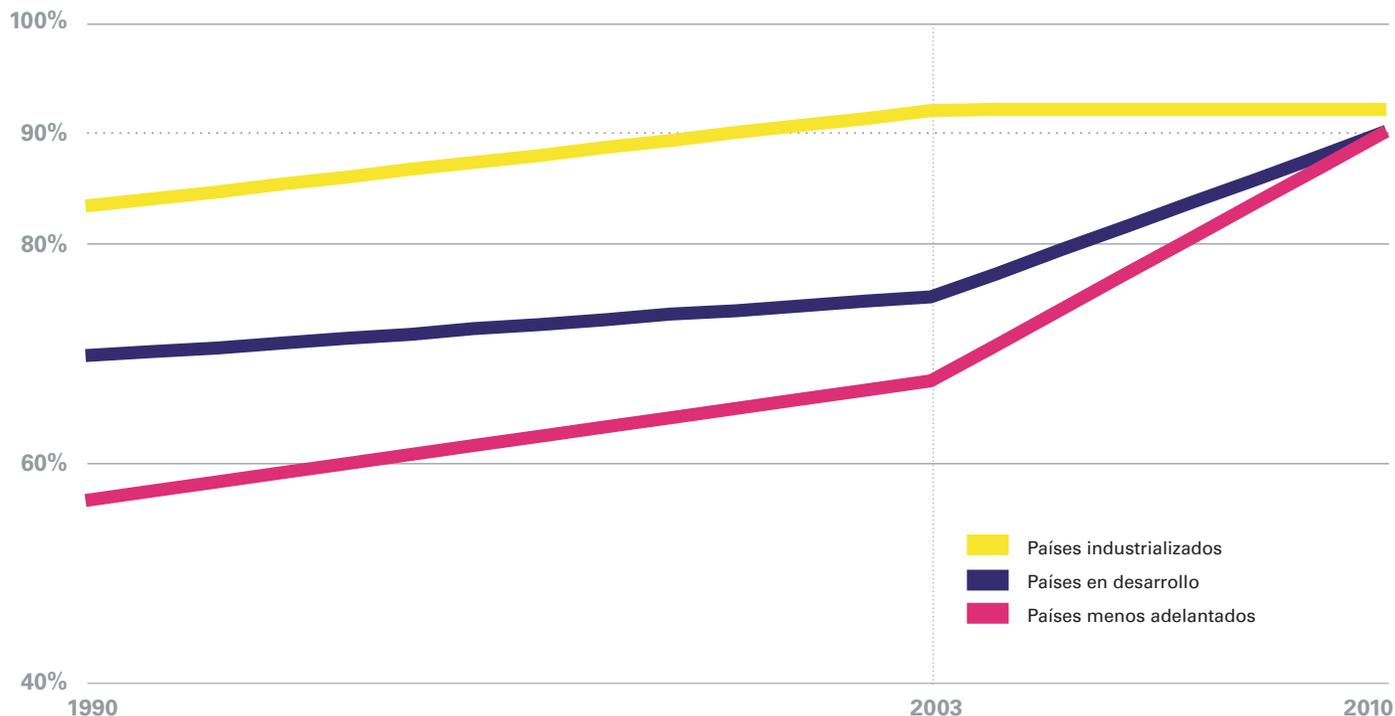
estos países hay diferentes causas de preocupación. En Austria, desde 1997 se han producido descensos en la cobertura de inmunización de las principales vacunas, y la vacuna contra el sarampión registra un 79%. En Bélgica y el Reino Unido, la protección contra el sarampión ha descendido. Bélgica alcanzó una cobertura de un 90% para el sarampión en 1986, pero no se han vuelto a dar esas cifras desde entonces, con un rendimiento errático y sin ningún signo claro de progreso.

El Reino Unido llevaba a cabo a mediados de los años 1990 una inmunización uniforme contra el sarampión, con una cobertura de más de un 90%, pero desde 1997 se ha producido un descenso que no se había logrado revertir en 2003. En Irlanda, por el contrario, nunca se logró llegar a una cobertura de un 90% para ninguna de las vacunas básicas, excepto la BCG, y la vacuna contra el sarampión registra la cifra más baja (un 78% en 2003).

Tendencias en la cobertura sistemática con la vacuna del sarampión, 1990-2010

Los países industrializados ya han alcanzado como región el 90% en la cobertura con la vacuna del sarampión, pero las regiones de los países en desarrollo y los países menos adelantados necesitarán mejoras. Las líneas que indican las tendencias entre 1990 y 2003 muestran niveles de cobertura observados. Las líneas que indican las tendencias entre 2004 y 2010 muestran la TMAA necesaria para cumplir con el objetivo en 2010.

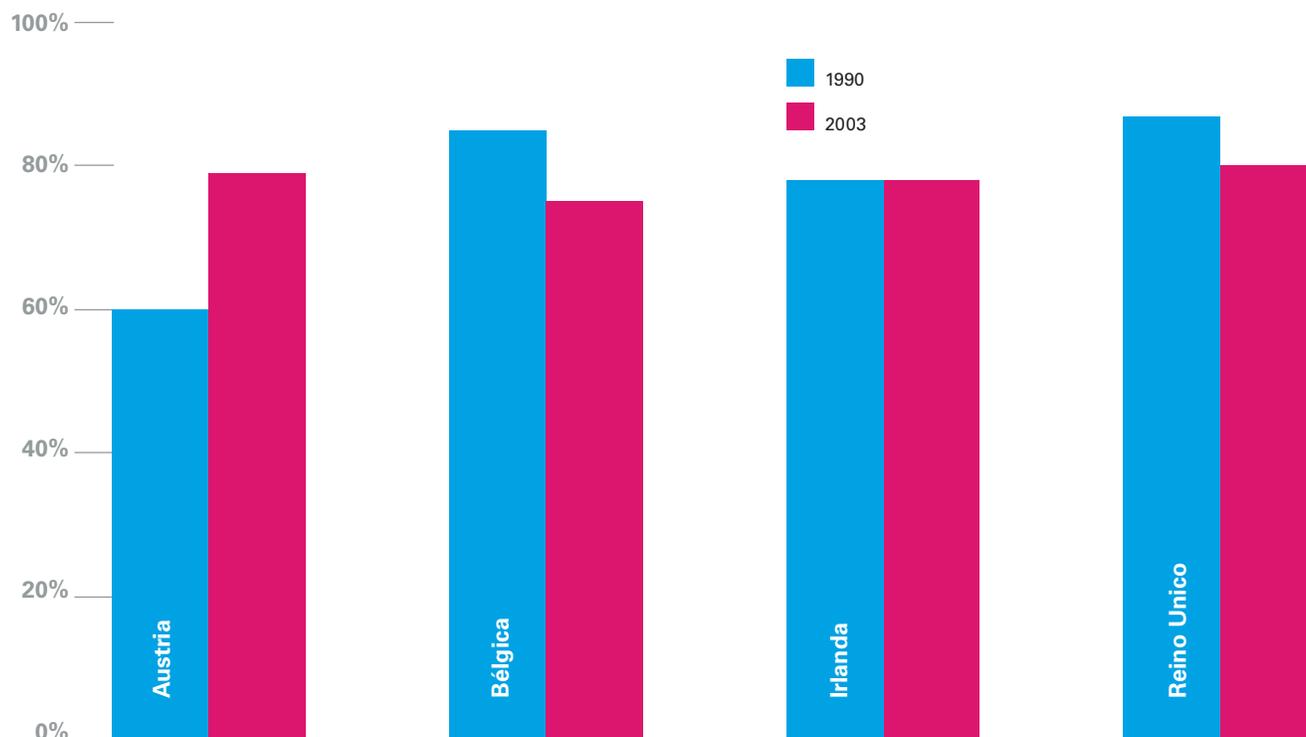
Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*, con cálculos adicionales realizados por UNICEF.



Cobertura sistemática de inmunización (vacuna del sarampión) en algunos países, 1990 y 2003

Cuatro países industrializados –Austria, Bélgica, Irlanda y el Reino Unido– no han alcanzado aún el 90% en la cobertura contra el sarampión. En Bélgica y el Reino Unido, la cobertura fue más baja en 2003 que lo que había sido en 1990.

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia 2005*.



Se han logrado progresos, pero todavía queda mucho trabajo pendiente.

La inmunización contra las principales enfermedades sirve para asegurar la supervivencia infantil, que es un derecho humano. Los niños y las niñas deben tener el mismo acceso a la protección que brinda la inmunización contra la enfermedad y la discapacidad, independientemente de dónde vivan y de sus circunstancias sociales o económicas. El suministro de vacunas debe ser un bien indiscutible, que debe mantenerse en tiempos de crisis y debe estar subsidiado por los miembros más ricos de la comunidad mundial, para que las vacunas, tanto las ya establecidas como las nuevas, estén disponibles para todos.

Tal como se indica claramente en este informe, en muchos países se han logrado progresos considerables hacia el objetivo de lograr una cobertura contra el sarampión de un 90%, el indicador primario relacionado con la inmunización en el ODM 4. Pero todavía queda una ingente cantidad de trabajo pendiente.

Desde 2000 se han puesto en marcha muchas iniciativas nuevas de inmunización. La Alianza Mundial para Vacunas e

conexión con otros servicios de salud, hoy en día la inmunización se vincula cada vez más con otras intervenciones específicas para la salud, como por ejemplo la distribución de vitamina A como parte de las campañas de inmunización contra la poliomielitis o el sarampión, o la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración durante las actividades complementarias de inmunización. Parte de la misión de la nueva Visión y Estrategia para la Inmunización Mundial (GIVS), de la OMS y UNICEF, es alinear estructural y funcionalmente los programas de inmunización con otros sectores de la salud, de manera que se refuercen mutuamente.

Establecer la infraestructura y la capacidad de los sistemas de salud es fundamental para el éxito a largo plazo. La infraestructura material es, por supuesto, importante, desde las clínicas hasta las carreteras que permiten su acceso o los suministros básicos de los que depende la atención de la salud. Sin embargo, resulta igualmente importante invertir en trabajadores de la salud de alta calidad que estén motivados, no sólo mediante una capacitación apropiada y un salario

NOTA FINAL: UN ENFOQUE CON OBJETIVOS MÚLTIPLES

Inmunización, por ejemplo, ha logrado movilizar nuevos fondos y ampliado el alcance de las nuevas vacunas. Estas iniciativas han contribuido a reestablecer el impulso perdido y ofrecen la esperanza de que es posible lograr los objetivos internacionales en materia de inmunización.

Alcanzar el ODM 4 exigirá llegar a los niños y las niñas con un conjunto de intervenciones esenciales para la salud infantil: un enfoque múltiple que aborde las enfermedades que les están causando la muerte, como la diarrea, la neumonía, el tétanos neonatal, el paludismo, el sarampión y el VIH/SIDA. De todas las intervenciones inmediatas, es posible decir que la inmunización resulta la más fácil de llevar a cabo en un plano universal, gracias a la enorme cantidad de pruebas y experiencias adquiridas durante las últimas tres décadas.

Sin embargo, la inmunización es fundamental no sólo por sí misma, sino porque puede resultar un punto de entrada para otras intervenciones relacionadas con la salud. Aunque en una época se consideraba una intervención “vertical” sin

decente, sino también mediante la capacitación de personas que puedan servir a sus propias comunidades locales.

Más aún, estos sistemas tienen que ser accesibles para todos los niños y niñas, lo que exige eliminar cualquier costo prohibitivo que pudiera denegar a los más pobres la atención básica de la salud que necesitan.

La inmunización es una prueba decisiva para los sistemas locales de salud, debido a que solamente si están lo suficientemente avanzados pueden mantener las vacunas seguras y a las temperaturas adecuadas incluso en condiciones de un calor extremo o en locales alejados de los servicios urbanos.

GIVS tiene como objetivo asegurar que todas las personas reciban vacunas de calidad garantizada según los calendarios nacionales establecidos. Conservar la confianza del público en la seguridad de las vacunas, demostrada históricamente, es fundamental tanto en los países industrializados como en desarrollo para que se mantengan los niveles necesarios de inmunización a gran escala.

A nivel internacional, la confianza pública en la eficacia de la inmunización sigue siendo grande; y lo es por una buena razón, ya que sigue salvando las vidas de millones de niños y niñas todos los años. Pero todavía hay niños y niñas a quienes no se ha podido llegar, muchos de los cuales morirán innecesariamente en los próximos años si no se logra ampliar el alcance de la inmunización. La tarea en la actualidad es aprovechar la experiencia adquirida y dedicar todos los recursos necesarios para garantizar que también sus vidas estén protegidas.

REFERENCIAS

- 1 La cifra incluye 27,5 millones de niños menores de un año que no están inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) y 29,1 millones de niños no inmunizados contra el sarampión.
- 2 Fuentes estadísticas sobre mortalidad en la infancia en este informe: Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán*, OMS, Ginebra, 2005; y Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "GIVS Facts and Figures: Global Immunization Data", abril de 2005, en http://www.who.int/vaccines/GIVS/english/Global_imm_data_EN.pdf.
- 3 En todo el informe, las tasas nacionales de cobertura para todos los antígenos son de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Review of national immunization coverage 1980-2003", en <http://www.childinfo.org/areas/immunization/database.php>. La cobertura por distrito de la DPT3 y la vacuna del sarampión es de la OMS y UNICEF, *Joint Reporting Form on Vaccine-Preventable Diseases, 2004*. Los datos sobre cobertura aparecen también en la publicación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2005*, UNICEF, Nueva York, 2004. Ver también la tabla en la página 28.
- 4 Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Banco Mundial, *State of the World's Vaccines and Immunization*, OMS, Ginebra, 2003, pág. 5.
- 5 *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*, pág. 106.
- 6 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Immunization Plus: Global thematic report 2004" (documento interno fechado el 25 de julio de 2005), pág. 8.
- 7 Ibid.
- 8 Ver también <http://www.measlesinitiative.org>.
- 9 Organización Mundial de la Salud, "Global Update: Wild poliovirus 2000-2005", 2 de agosto de 2005.
- 10 *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005* y "Immunization Plus", pág. 11.
- 11 "Immunization Plus", pág. 11.
- 12 Comoras, Egipto, Guinea Ecuatorial, Indonesia, Iraq, Malí, Nepal, Togo, República Unida de Tanzania y Viet Nam.
- 13 Zuber, Patrick, en nombre del Grupo de Trabajo de GAVI, "Hepatitis B, Hib and Yellow Fever Vaccines in Phase 2", presentación a la Junta Ejecutiva de GAVI, Ginebra, 28-29 de abril de 2005, en http://www.vaccinealliance.org/Board/Board_Reports/15brd_t8_oldnvsphase2.php.
- 14 Ibid.
- 15 "Global Alliance for Vaccines and Immunization/The Vaccine Fund: Progress and Achievements", hoja de datos fechada en abril de 2005, en http://gavi.elca-services.com/resources/FS_Progress_Achievements_en_Jan05.pdf.
- 16 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Global Immunization Vision and Strategy (GIVS): Questions and answers", abril de 2005, en http://www.who.int/vaccines/GIVS/english/Q_and_A_EN.pdf.
- 17 Ibid.
- 18 La oficina de UNICEF en el Afganistán proporcionó en su "Informe Anual" de 2004 los niveles de cobertura de la campaña y el número estimado de muertes que se evitaron.
- 19 Los países que cumplen con los requisitos de GAVI en la ECE/CEI son Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Kirguistán, República de Moldova, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.
- 20 El Ministerio de Salud de China dice que los datos que se proporcionaron a la OMS/UNICEF no reflejan la cobertura real y ha pedido ayuda para establecer métodos alternativos para determinar la cobertura.

INMUNIZACIÓN DE LA INFANCIA

Países y territorios	TMM5 2003	Tasas nacionales de cobertura (%)		Tasa media anual de aumento (%) en la cobertura contra el sarampión		% de distritos donde se registra >90% en la cobertura contra el sarampión	Tasas nacionales de cobertura (%) 2003					% de vacunas sistemáticas del PAI que financia el gobierno 2003	
		Niños de 1 año vacunados contra el sarampión		Observada 1990-2003	Requerida 2004-2010		Niños de 1 año vacunados contra:						Mujeres embarazadas protegidas contra el tétanos
		1990	2003				DPT3	Polio3	BCG	HepB3	el tétanos		
ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL													
Somalia	225	30	40	0,8	7,1	1	40	40	65	-	-	0	
Etiopía	169	38	52	1,1	5,4	0	56	57	76	-	24	18	
Madagascar	126	47	55	0,6	5,0	47	55	58	72	55	55	12	
Angola	260	38	62	1,8	4,0	13	46	45	62	-	72	10	
Comoras	73	87	63	-1,8	3,9	12	75	75	75	27	46	0	
Lesotho	84	80	70	-0,8	2,9	11	79	78	83	-	-	10	
Namibia	65	41	70	2,2	2,9	12	82	82	92	-	85	100	
Kenya	123	78	72	-0,5	2,6	13	73	67	87	73	66	36	
Burundi	190	74	75	0,1	2,1	29	74	69	84	-	46	6	
Malawi	178	81	77	-0,3	1,9	15	84	85	91	84	70	0	
Mozambique	158	59	77	1,4	1,9	-	72	70	87	72	57	21	
Zimbabwe	126	87	80	-0,5	1,4	6	80	80	92	80	60	0	
Uganda	140	52	82	2,3	1,1	23	81	82	96	63	48	7	
Sudáfrica	66	79	83	0,3	1,0	19	94	94	97	94	52	100	
Zambia	182	90	84	-0,5	0,9	22	80	80	94	-	60	5	
Eritrea	85	18 ²	84	6,0	0,9	-	83	83	91	83	55	0	
Mauricio	18	76	94	1,4	mantener	50	92	93	92	92	-	100	
República Unida de Tanzania	165	80	97	1,3	mantener	53	95	97	91	95	83	30	
Seychelles	15	86	99	1,0	mantener	100	99	99	99	99	-	100	
Swazilandia	153	85	94	0,7	mantener	-	95	95	97	95	-	100	
Rwanda	203	83	90	0,5	mantener	26	96	96	88	96	76	50	
Botswana	112	87	90	0,2	mantener	58	97	97	99	78	-	100	
ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL													
República Centroafricana	180	83	35	-3,7	7,9	8	40	40	70	-	63	0	
Nigeria	198	54	35	-1,5	7,9	-	25	39	48	-	51	100	
Congo	108	75	50	-1,9	5,7	10	50	50	60	-	59	0	
Guinea Ecuatorial	146	88	51	-2,8	5,6	6	33	39	73	-	53	0	
Guinea	160	35	52	1,3	5,4	21	45	43	78	-	74	20	
Liberia	235	-	53	-	5,3	7	38	39	43	-	56	0	
República Democrática del Congo	205	38	54	1,2	5,1	7	49	55	68	-	-	0	
Gabón	91	76	55	-1,6	5,0	10	38	31	89	-	54	100	
Côte d'Ivoire	192	56	56	0,0	4,9	5	54	54	66	48	80	58	
Togo	140	73	58	-1,2	4,6	14	64	63	84	-	47	0	
Senegal	137	51	60	0,7	4,3	2	73	73	77	-	75	100	
Camerún	166	56	61	0,4	4,1	4	73	72	82	-	65	100	
Guinea-Bissau	204	53	61	0,6	4,1	27	77	75	84	-	66	0	
Chad	200	32	61	2,2	4,1	11	47	48	72	-	43	75	
Niger	262	25	64	3,0	3,7	12	52	51	64	-	36	100	
Cabo Verde	35	79	68	-0,8	3,1	18	78	79	78	54	-	80	
Mali	220	43	68	1,9	3,1	21	69	65	63	79	32	100	
Mauritania	183	38	71	2,5	2,7	11	76	75	84	-	41	100	
Sierra Leona	284	-	73	-	2,4	23	70	60	87	-	62	20	
Burkina Faso	207	79	76	-0,2	2,0	8	84	83	83	-	50	100	
Ghana	95	61	80	1,5	1,4	52	80	80	92	80	70	28	
Benín	154	79	83	0,3	1,0	36	88	88	99	81	56	0	
Santo Tomé y Príncipe	118	71	87	1,2	0,4	61	94	94	99	43	-	-	
Gambia	123	86	90	0,3	mantener	67	90	90	99	90	-	63	
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE													
Sudán	93	57	57	0,0	4,7	16	50	50	53	-	35	0	
Djibouti	138	85	66	-1,5	3,4	-	68	68	63	-	-	85	
Yemen	113	69	66	-0,2	3,4	18	66	66	67	42	31	100	
Argelia	41	83	84	0,1	0,9	-	87	87	98	-	-	100	
Libano	31	61	96	2,7	mantener	100	92	92	-	88	-	100	
Kuwait	9	66	97	2,4	mantener	-	99	99	-	99	-	100	
Qatar	15	79	93	1,1	mantener	100	92	93	99	98	-	100	
Emiratos Árabes Unidos	8	80	94	1,1	mantener	100	94	94	98	92	-	100	
República Islámica de Irán	39	85	99	1,1	mantener	100	99	99	99	98	-	100	
Egipto	39	86	98	0,9	mantener	-	98	98	98	98	71	100	
Bahrein	15	87	99	0,9	mantener	-	97	97	-	98	-	100	
República Árabe Siria	18	87	98	0,8	mantener	100	99	99	99	98	-	100	
Iraq	125	80	90	0,8	mantener	-	81	84	93	70	70	100	
Marruecos	39	80	90	0,8	mantener	54	91	91	92	90	-	100	
Jordania	28	87	96	0,7	mantener	75	97	97	67	97	-	100	
Arabia Saudita	26	88	96	0,6	mantener	100	95	95	94	95	-	100	
Jamahiriya Árabe Libia	16	89	91	0,1	mantener	-	93	93	99	91	-	-	
Omán	12	98	98	0,0	mantener	100	99	99	98	99	-	100	
Túnez	24	93	90	-0,2	mantener	72	95	95	93	92	-	100	
Territorio Ocupado de Palestina	24	-	99	-	mantener	-	98	98	99	98	-	-	

Países y territorios	TMM5 2003	Tasas nacionales de cobertura (%)		Tasa media anual de aumento (%) en la cobertura contra el sarampión		% de distritos donde se registra >90% en la cobertura contra el sarampión	Tasas nacionales de cobertura (%) 2003					% de vacunas sistemáticas del PAI que financia el gobierno 2003
		Niños de 1 año vacunados contra el sarampión		Observada 1990-2003	Requerida 2004-2010		Niños de 1 año vacunados contra:					
		1990	2003				DPT3	Polio3	BCG	HepB3	Mujeres embarazadas protegidas contra el tétanos	
ASIA MERIDIONAL												
Afganistán	257	20	50	2,3	5,7	12	54	54	56	-	40	0
Pakistán	103	50	61	0,8	4,1	5	67	69	82	63	57	100
India	87	56	67	0,8	3,3	-	70	70	81	-	78	100
Nepal	82	57	75	1,4	2,1	13	78	76	91	15	69	65
Bangladesh	69	65	77	0,9	1,9	80	85	85	95	-	89	100
Bhután	85	93	88	-0,4	0,3	-	95	96	93	95	-	0
Sri Lanka	15	80	99	1,5	mantener	100	99	98	99	-	-	100
Maldivas	72	96	96	0,0	mantener	100	98	98	98	98	-	98
ECE/CEI												
Georgia	45	61 ³	73	1,2	2,4	29	76	75	87	49	-	19
Turquía	39	78	75	-0,2	2,1	0	68	69	89	68	37	100
Bosnia y Herzegovina	17	52 ²	84	2,9	0,9	72	87	86	94	-	-	70
Serbia y Montenegro	14	82 ²	87	0,5	0,4	93	89	89	94	-	-	-
Tayikistán	118	84 ²	89	0,5	0,1	95	82	84	99	57	-	0
Azerbaijón	91	66 ²	98	2,9	mantener	91	97	98	99	98	-	51
Turkmenistán	102	76 ²	97	1,9	mantener	92	98	99	99	97	-	82
Uzbekistán	69	84 ²	99	1,4	mantener	100	98	99	98	99	-	77
Federación de Rusia	21	83 ²	96	1,2	mantener	-	98	97	97	94	-	100
Kazajistán	73	89 ²	99	0,9	mantener	100	99	99	99	99	-	100
Ucrania	20	90 ²	99	0,8	mantener	100	97	99	98	77	-	96
Croacia	7	90 ²	95	0,5	mantener	99	94	95	98	-	-	100
Belarús	17	94 ²	99	0,5	mantener	100	86	99	99	99	-	100
Kirguistán	68	94 ²	99	0,5	mantener	100	98	98	99	99	-	40
Albania	21	88	93	0,4	mantener	92	97	97	95	97	-	40
Rumania	20	92	97	0,4	mantener	98	97	97	99	98	-	100
República de Moldova	32	92 ²	96	0,4	mantener	95	98	98	98	99	-	49
Armenia	33	93 ²	94	0,1	mantener	94	94	96	92	93	-	65
Ex República Yugoslava de Macedonia	11	98 ³	96	-0,2	mantener	97	96	96	95	-	-	90
Bulgaria	15	99	96	-0,2	mantener	100	96	96	98	96	-	-
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE												
Haití	118	31	53	1,7	5,3	19	43	43	71	-	52	30
Bolivia	66	53	64	0,8	3,7	-	81	79	94	81	-	40
Surinam	39	65	71	0,5	2,7	-	74	74	-	-	-	100
Guatemala	47	68	75	0,5	2,1	71	83	83	97	-	-	0
Jamaica	20	74	78	0,3	1,7	8	81	80	88	19	-	100
República Dominicana	35	96	79	-1,3	1,6	-	65	60	90	81	-	65
Venezuela	21	61	82	1,6	1,1	-	68	86	91	75	-	100
Panamá	24	73	83	0,8	1,0	-	86	83	87	86	-	100
Trinidad y Tabago	20	70	88	1,4	0,3	22	91	91	-	76	-	100
Costa Rica	10	90	89	-0,1	0,1	-	88	88	87	86	-	0
Guyana	69	73	89	1,2	0,1	-	90	91	95	90	-	90
Ecuador	27	60	99	3,0	mantener	-	89	99	99	58	-	100
Perú	34	64	95	2,4	mantener	-	89	89	94	60	-	100
Paraguay	29	69	91	1,7	mantener	-	77	77	70	77	-	100
México	28	75	96	1,6	mantener	96	91	92	99	91	-	100
Brasil	35	78	99	1,6	mantener	79	96	99	99	91	-	100
Chile	9	82	99	1,3	mantener	50	99	99	94	-	-	100
Granada	23	85	99	1,1	mantener	71	97	98	-	97	-	100
Nicaragua	38	82	93	0,8	mantener	44	86	86	94	86	-	74
Dominica	14	88	99	0,8	mantener	-	99	99	99	-	-	70
Colombia	21	82	92	0,8	mantener	-	91	91	96	93	-	100
Belice	39	86	96	0,8	mantener	83	96	95	99	96	-	100
Antigua y Barbuda	12	89	99	0,8	mantener	-	99	99	-	99	-	100
Santa Lucía	18	82	90	0,6	mantener	63	90	91	95	14	-	100
Honduras	41	90	95	0,4	mantener	-	92	92	91	92	-	100
Cuba	8	94	99	0,4	mantener	-	71	98	99	99	-	99
Bahamas	14	86	90	0,3	mantener	-	92	93	-	88	-	-
Argentina	20	93	97	0,3	mantener	-	88	91	99	-	-	100
Barbados	13	87	90	0,2	mantener	-	86	90	-	91	-	94
El Salvador	36	98	99	0,1	mantener	-	88	87	90	75	-	100
Saint Kitts y Nevis	22	99	98	-0,1	mantener	-	99	99	99	99	-	97
San Vicente y las Granadinas	27	96	94	-0,2	mantener	-	99	99	87	31	-	100
Uruguay	14	97	95	-0,2	mantener	-	91	91	99	91	-	100
ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO												
Nauru	30	-	40	-	7,1	-	80	59	95	75	-	100
Rep. Popular Dem. Lao	91	32	42	0,8	6,9	4	50	52	65	50	36	0
Vanuatu	38	66	48	-1,4	6,0	0	49	53	63	56	-	100
Papua Nueva Guinea	93	67	49	-1,4	5,9	4	54	41	60	53	34	80
Timor-Leste	124	-	60	-	4,3	15	70	70	80	-	-	0
Camboya	140	34	65	2,4	3,6	4	69	69	76	-	43	7
Indonesia	41	58	72	1,1	2,6	43	70	70	82	75	51	90
Myanmar	107	90	75	-1,2	2,1	21	77	76	79	-	77	0
Islas Salomón	22	70	78	0,6	1,7	0	71	68	76	78	-	-

(continúa en la página siguiente)

- No hay datos disponibles¹. Los datos se refieren a 1991². Los datos se refieren a 1992³. Los datos se refieren a 1993⁴. Los datos se refieren a 1994.⁵ Los datos de China se refieren a 1993, el primer año del que hay disponibles cálculos suficientemente fiables de la cobertura.

Países y territorios	TMM5 2003	Tasas nacionales de cobertura (%)		Tasa media anual de aumento (%) en la cobertura contra el sarampión		% de distritos donde se registra >90% en la cobertura contra el sarampión	Tasas nacionales de cobertura (%) 2003					% de vacunas sistemáticas del PAI que financia el gobierno 2003
		Niños de 1 año vacunados contra el sarampión 1990	2003	Observada 1990-2003	Requerida 2004-2010		Niños de 1 año vacunados contra:	Mujeres embarazadas protegidas contra el tétanos				
							DPT3	Polio3	BCG	HepB3		
ASIA ORIENTAL Y EL PACIFICO (viene de la página anterior)												
Filipinas	36	85	80	-0,4	1,4	13	79	80	91	40	70	3
China	37	81 ⁵	84	0,3	0,9	95	90	91	93	70	-	100
Niue	-	99	86	-1,0	0,6	-	95	95	99	95	-	100
Singapur	3	84	88	0,3	0,3	-	92	92	97	92	-	100
Kiribati	66	75	88	1,0	0,3	-	99	96	99	99	-	-
Islas Marshall	61	52	90	2,9	mantener	-	68	80	93	74	-	-
Islas Cook	21	67	99	2,5	mantener	100	96	95	99	93	-	100
Malasia	7	70	92	1,7	mantener	97	96	97	99	95	-	100
Tailandia	26	80	94	1,1	mantener	-	96	97	99	95	-	100
Tonga	19	86	99	1,0	mantener	100	98	98	99	93	-	100
Estados Federados de Micronesia	23	81	91	0,8	mantener	100	92	88	64	89	-	6
Samoa	24	89	99	0,8	mantener	-	94	95	73	97	-	100
Viet Nam	23	85	93	0,6	mantener	84	99	96	98	78	79	55
Fiji	20	84	91	0,5	mantener	-	94	99	99	92	-	100
Mongolia	68	92	98	0,5	mantener	100	98	98	98	98	-	22
República de Corea	5	93	96	0,2	mantener	100	97	94	87	91	-	100
Palau	28	98	99	0,1	mantener	-	99	99	-	99	-	5
Tuvalu	51	95	95	0,0	mantener	-	93	93	99	95	-	100
Brunei Darussalam	6	99	99	0,0	mantener	100	99	99	99	99	-	100
Rep. Dem. Popular de Corea.	55	98	95	-0,2	mantener	100	68	99	88	-	48	80
PAÍSES INDUSTRIALIZADOS												
Bélgica	5	85	75	-0,8	2,1	-	90	95	-	50	-	-
Irlanda	6	78	78	0,0	1,7	-	85	86	90	-	-	-
Austria	5	60	79	1,5	1,6	-	84	84	-	83	-	-
Reino Unido	6	87	80	-0,5	1,4	4	91	91	-	-	-	-
Suiza	5	90	82	-0,6	1,1	-	95	95	-	-	-	-
Italia	4	43	83	3,1	1,0	-	96	97	-	97	-	-
Noruega	4	87	84	-0,2	0,9	11	90	90	-	-	-	-
Nueva Zelandia	6	90	85	-0,4	0,7	-	90	82	-	90	-	100
Chipre	5	77	86	0,7	0,6	-	98	98	-	88	-	25
Francia	5	71	86	1,2	0,6	-	97	97	85	29	-	-
Grecia	5	76	88	0,9	0,3	-	88	87	88	88	-	-
Estonia	9	74 ³	95	2,1	mantener	94	94	95	99	-	-	-
Japón	4	73	99	2,0	mantener	-	97	97	-	-	-	100
Alemania	5	75	92	1,3	mantener	69	89	94	-	81	-	-
Dinamarca	4	84	96	0,9	mantener	94	96	96	-	-	-	-
Luxemburgo	5	80	91	0,8	mantener	-	98	98	-	49	-	-
Portugal	5	85	96	0,8	mantener	100	99	96	81	94	-	-
Lituania	11	89 ²	98	0,8	mantener	98	94	91	99	95	-	100
Malta	6	80	90	0,8	mantener	-	94	94	-	70	-	-
Eslovaquia	8	94 ⁴	99	0,6	mantener	100	99	98	98	99	-	100
Australia	6	86	93	0,5	mantener	-	92	92	-	95	-	100
Canadá	6	89	95	0,5	mantener	-	91	88	-	-	-	-
Eslovenia	4	90 ²	94	0,4	mantener	-	92	93	98	-	-	100
Letonia	12	95 ²	99	0,4	mantener	100	98	98	99	98	-	100
Israel	6	91	95	0,3	mantener	76	97	93	-	98	-	100
Estados Unidos	8	90	93	0,2	mantener	-	96	91	-	92	-	56
Países Bajos	5	94	96	0,2	mantener	-	98	98	-	-	-	-
Polonia	7	95	97	0,2	mantener	-	99	98	94	97	-	-
República Checa	4	98 ³	99	0,1	mantener	100	97	97	98	86	-	-
Finlandia	5	97	97	0,0	mantener	-	98	96	98	-	-	-
España	4	97	97	0,0	mantener	89	98	98	-	83	-	-
Hungría	8	99	99	0,0	mantener	100	99	99	99	-	-	-
Mónaco	4	99	99	0,0	mantener	-	99	99	90	99	-	-
Suecia	3	96	94	-0,2	mantener	-	98	99	16	-	-	-
Islandia	4	99	93	-0,5	mantener	-	97	97	-	-	-	-
San Marino	5	99 ¹	91	-0,7	mantener	100	96	96	-	96	-	-
Andorra	7	-	96	-	mantener	-	99	99	-	84	-	-
RESÚMENES REGIONALES												
África subsahariana:	175	57	62	0,3	4,1	-	60	63	74	30	53	45
África oriental y meridional	156	62	71	0,7	2,6	-	72	72	84	49	53	25
África occidental y central	193	52	52	0,0	5,4	-	48	54	65	12	53	64
Asia meridional	92	56	67	0,9	3,2	-	71	72	82	10	75	96
Oriente Medio y África del Norte	56	81	88	0,5	0,3	-	87	87	89	71	55	89
ECE/CEI	41	82 ²	90	0,8	mantener	-	88	89	95	81	37	89
América Latina y el Caribe	32	76	93	1,3	mantener	-	89	91	96	73	52	92
Asia oriental y el Pacífico	40	84 ⁵	82	-0,2	1,1	-	86	87	91	66	61	84
Países industrializados	6	83	92	0,7	mantener	-	95	93	90	62	-	69
Países en desarrollo	87	70	75	0,4	2,2	-	76	77	85	43	64	80
Países menos adelantados	155	56	67	0,8	3,2	-	68	68	79	20	56	37
Mundo	80	69	77	0,6	1,9	-	78	79	85	45	64	80

Si desea obtener más información sírvase dirigirse a:

Sección de Información Estratégica de UNICEF
División de Políticas y Planificación

Publicado por UNICEF
División de Comunicaciones
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017, USA

Internet: www.unicef.org/spanish
E-mail: pubdoc@unicef.org

ISBN: 92-808-3914-5

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Nueva York

Septiembre de 2005