



Inmunización: Todo lo que se haga es poco

Ralph H. Henderson

La vacunación es el mayor éxito en la esfera de la salud que se ha logrado en toda la historia de la humanidad. Entre 1980 y 1990, un esfuerzo gigantesco consiguió aumentar las tasas de cobertura en todo el mundo de un 5% a un 80%. Pero justo cuando está a punto de aparecer en el mercado una nueva generación de vacunas —capaz de salvar más millones de vidas de niños al año, pero a un costo mucho mayor— el impulso para mantener los niveles de inmunización comienza a desfallecer.

Hace dos decenios, sólo se vacunaba a un 5% de los lactantes del mundo en desarrollo contra las seis enfermedades causantes del mayor número de muertes infantiles. Hoy en día se vacuna a casi un 80% de los niños, un triunfo espectacular.

Desde entonces se ha reducido el número de muertes causadas por esas seis enfermedades (el sarampión, el tétanos, la tos ferina, la tuberculosis, la poliomielitis y la difteria) en 3 millones por año, y se ha disminuido en 750.000 el número de niños a quienes esas enfermedades dejan ciegos, paralizados o con discapacidades mentales. El triunfo de la campaña mundial de eliminación de la poliomielitis ofrece la posibilidad de eliminar esa enfermedad para fines del decenio, como ya ha sucedido con la viruela. De esa manera se eliminará también la necesidad de inmunizar a los niños, y los gobiernos del mundo se ahorrarán 1.500 millones de dólares al año en vacunas, tratamientos y rehabilitación.

Cualquiera sea el criterio con que se mida, el esfuerzo internacional en pro de la inmunización constituye la mayor epopeya sanitaria de la historia. Y el costo de la inmunización es también sorprendentemente bajo, de apenas 15 dólares por niño. De esa suma, 1 dólar corresponde a las seis vacunas y el resto a los costos de llevar las vacunas a algunos de los puntos más inaccesibles del planeta. Las repercusiones que tiene esta modesta inversión sobre las vidas de los niños y sus progenitores son trascendentales.

El futuro quizás nos depare aún mayores avances. Una nueva generación de vacunas, a punto de hacer su aparición, ofrece una serie de posibilidades sorprendentes. Se trata de vacunas que pueden prevenir un número cada vez mayor de enfermedades; de vacunas que se administran en una sola dosis y no requieren dosis de refuerzo; de vacunas que se pueden dar a lactantes de edad cada vez menor; e incluso de vacunas que se rocían sobre la piel.

Desde 1980 hasta la fecha se han lanzado al mercado 14 vacunas nue-

vas o mejoradas, y en un futuro no muy lejano dispondremos de varias decenas más. Con ellas podremos defender a los niños de las enfermedades que representan las amenazas más graves, como las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias. Los expertos opinan que para principios del próximo milenio, esos antígenos podrían salvar anualmente las vidas de 8 millones de niños.

Con las vacunas básicas de las que ya disponemos para combatir las “seis peores” enfermedades se podría salvar hasta a 2 millones de niños que aún mueren anualmente de enfermedades que se pueden prevenir mediante la inmunización. Pero para ello habría que vacunar a *todos* los niños.

Ese es el meollo del problema. A pesar del bajo costo de la inmunización, muchos de los niños más pobres del mundo, que son también los más vulnerables a las enfermedades, no están protegidos por la red mundial de inmunización.

La peor parte le toca al África al sur del Sahara, donde casi la mitad de los niños que deberían recibir todos los años una inmunización completa con las tres dosis de la vacuna DPT contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, no la reciben. Aunque en el resto del mundo las tasas de inmunización son más elevadas, 26 millones de niños no han recibido aún las tres dosis anuales de DPT. Si no los podemos inmunizar ahora que ya disponemos de las vacunas necesarias, ¿qué posibilidad habrá de inmunizarlos cuando contemos con las vacunas del futuro?

Para proteger la salud y el bienestar de los niños, deben ocurrir dos cosas. En primer lugar, es necesario que los niños a quienes no se administra las vacunas de bajo costo las reciban con carácter prioritario e ineludible. En segundo lugar, debemos tomar medidas inmediatas para

garantizar que esos niños reciban los beneficios plenos de la nueva generación de vacunas, que serán mucho más costosas que las actuales.

Las vacunas “ausentes”

La posibilidad de contar con vacunas que permitan salvar las vidas de 8 millones de niños por año, o de 22.000 niños por día, debería constituir una de las noticias más importantes de todos los tiempos. Sin embargo, se trata de un tema que está rodeado del más absoluto silencio. ¿Puede deberse ese silencio a que en su inmensa mayoría esos 8 millones de niños son los hijos de los pobres, a quienes ni se ve ni se oye?

Aunque cueste comprenderlo, en el mercado hay algunas vacunas que jamás llegaron a quienes estaban dirigidas. Desde principios del decenio de 1980 existe, por ejemplo, el antígeno contra la hepatitis B, una enfermedad que causa cerca de 1 millón de muertes por año. Sin embargo, muchos de los países que más lo necesitan, como Azerbaiyán, Benin, Camboya, Tanzania y Viet Nam, no disponen de divisas suficientes para adquirir esas vacunas, aunque su precio haya descendido abruptamente de 150 dólares a menos de 1 dólar por dosis.

La fiebre amarilla, por otra parte, vuelve a amenazar a regiones del África y América Latina. En el Gabón, Ghana y Nigeria hubo brotes de esa enfermedad en 1994, y en Liberia y el Perú en 1995. En todos los casos fue necesario llevar a cabo costosas campañas de inmunización de emergencia para detener la propagación de la fiebre amarilla.

Hace cinco años, las autoridades de salud pública recomendaron que se incluyera en el programa básico de inmunización las vacunas contra la hepatitis B y la fiebre amarilla, además de los suplementos nutricionales de vitamina A. A pesar de ello, de los

El Dr. Ralph Henderson es Director General Adjunto de la Organización Mundial del Trabajo. Como Director del Programa Ampliado de Inmunización de la OMS desde 1979 a 1989, el Dr. Henderson fue el arquitecto del esfuerzo mundial que aumentó las tasas de inmunización de un 5% en 1980 a un 80% en 1990. A lo largo de una carrera de 30 años al servicio de la administración pública, la mayor parte en el Servicio de Salud de los Estados Unidos, el Dr. Henderson contribuyó previamente a la erradicación de la viruela y la lucha contra las enfermedades venéreas.

34 países del África amenazados por la fiebre amarilla, sólo un puñado pudo incorporar la vacunación contra esa enfermedad a sus programas de inmunización, aun cuando los países podían adquirir esas vacunas al precio de descuento del UNICEF, de sólo 17 centavos de dólar por dosis. Como quedó demostrado en 1994 y 1995, cuando la enfermedad comienza a propagarse es posible encontrar los fondos necesarios para contenerla, aunque aparentemente esos fondos no se pueden obtener cuando se trata de prevenir la aparición de la fiebre amarilla.

Las contradicciones entre los costos y los réditos también obstaculizan la distribución de otras vacunas, como la que previene la *Haemophilus influenzae* del tipo B, conocida como la enfermedad Hib, que es una de las causas principales de la neumonía y la meningitis en los niños de corta edad, o la vacuna contra el rotavirus, el microbio causante de la diarrea y de casi 1 millón de muertes por año.

Los problemas de esta naturaleza ponen en duda las posibilidades de obtener dos vacunas que salvarían gran número de vidas: la vacuna contra el paludismo y la vacuna contra el VIH/SIDA. La elaboración de un antígeno contra el paludismo resulta un proceso lento y costoso, y la búsqueda de una vacuna contra la infección con el VIH no ha recibido aún el apoyo necesario. Los problemas de ambas vacunas pueden deberse en parte a la resistencia de los fabricantes, que confrontan consideraciones científicas, financieras y políticas sobre unas vacunas que casi seguramente no estarán al alcance de los países que más la necesitan.

Dónde estamos

El éxito de los esfuerzos en favor de la vacunación en todo el mundo no tienen precedentes. Sin embargo, es preciso estudiar ese éxito más detenidamente. Los enormes avances en la lucha contra la poliomielitis, por ejemplo, se ven empañados por la persistente amenaza de otras enfermedades, como el sarampión. La poliomielitis es, sin duda, el elemento central de los esfuerzos internacionales en materia de inmunización. En 1997 se registraron en todo el mundo sólo 3.234 casos de esa enfermedad que siete años antes había cobrado unas

23.000 víctimas. En esos siete años, entre tanto, no se registró un solo caso de poliomielitis en todo el hemisferio occidental. A pesar de las deficiencias en los sistemas de información sobre el número real de casos de la enfermedad, no hay duda que la poliomielitis está en franca retirada. En 1997 solamente se vacunó a más de la mitad de los niños menores de 5 años del mundo mediante campañas de gran envergadura que, junto a las actividades ordinarias de inmunización, podrían eliminar completamente la enfermedad en todo el planeta en dos años.

Tales campañas consiguen atraer un mayor compromiso político y más financiación, y permiten concienciar al público acerca de la importancia de las actividades habituales de inmunización y de otras medidas relacionadas con la salud básica infantil. Por lo menos 34 países, por ejemplo, celebran Días Nacionales de Inmunización que aprovechan para distribuir ampliamente suplementos de vitamina A. El aumento de los niveles de vitamina A de los niños que carecen de ese vital micronutriente puede reducir en una cuarta parte la mortalidad infantil.

Pero hay otro aspecto de la inmunización mucho menos conocido. Se trata de la interminable batalla por incrementar y mantener las tasas básicas de inmunización, y por fomentar la capacidad de los sistemas locales y nacionales para que puedan vacunar cinco veces por año a 130 millones de niños en su primer año de vida, y que lo sigan haciendo año tras año. Otro objetivo de esa batalla es convencer a las familias y comunidades de que la puesta en marcha y el mantenimiento de los programas de inmunización es fundamental para la salud de sus niños.

Las consecuencias implacables del sarampión, que causa más muertes que cualquier otra enfermedad susceptible de prevención mediante la vacunación, dan una idea aproximada de la magnitud del progreso logrado, así como de la medida de los problemas que aún quedan por resolver. La tasa general de vacunación contra el sarampión de niños menores de 1 año en los países en desarrollo ha alcanzado el 77%, y dos terceras partes de todos los países ya han conquistado la meta para el año 2000 de reducir en un 95% por lo menos la mortalidad causada por esa enfermedad.

Sin embargo, el sarampión sigue causando estragos en muchas ciudades del África y Asia, especialmente en los vecindarios más necesitados. Sólo en 20 países se produce el 85% de las muertes por sarampión de niños menores de 5 años. Esto significa que en esos países mueren anualmente 722.000 niños, la mitad de ellos en el África, y otros 230.000 sólo en la India. Además de ello, desde 1990 la cobertura de inmunización contra el sarampión se ha mantenido igual o ha disminuido en 32 de los 44 países más pobres del mundo, entre ellos Burundi (que tuvo una reducción del 25% en la cobertura), Papua Nueva Guinea y el Yemen (23%), Malawi (14%), Benin (13%) y Mali (12%).

Y a pesar de ello, algunas de las naciones más pobres del planeta realizan los mayores avances. Camboya, por ejemplo, ha duplicado con creces su tasa de inmunización contra el sarampión, que aumentó del 34% en 1990 al 72% en 1996. En Guinea, la cobertura de vacunación contra esa enfermedad ha llegado al 61%, comparado con sólo el 18% en 1990.

Esfuerzos concertados

Estos éxitos demuestran lo que se puede conseguir cuando existe una voluntad nacional, y cuando las campañas de inmunización intensas pero de duración limitada cuentan con el respaldo de programas ordinarios de vacunación. Gracias a los esfuerzos concertados que se realizaron en los 20 países más afectados por el tétanos neonatal, la mortalidad debida a esa enfermedad ha disminuido en siete años de 400.000 a 280.000 casos por año.

Esto debería ser considerado como una advertencia, no sólo para los países en desarrollo sino también para los del mundo industrializado.

A principios del decenio de 1990, después de haber eliminado casi completamente la difteria, los países de la ex Unión Soviética sufrieron varias epidemias originadas por las crisis económicas, los conflictos armados, el suministro inadecuado de vacunas y la migración de grandes masas de pobladores rurales a los centros urbanos. El número de casos de difteria aumentó vertiginosamente de 2.000 que se habían registrado en 1990 a más de 47.000 en 1994. La epidemia se propagó velozmente a otros países europeos, como Alemania, Bulgaria, Noruega y Polonia. Ante la amenaza de la difteria, se hizo necesaria la

intervención de la comunidad internacional, y hoy en día todos los países de la ex Unión Soviética, excepto Belarús y la Federación de Rusia, siguen dependiendo de la ayuda exterior en materia de vacunas. La dolorosa conclusión es que cuando se levanta la guardia, aunque sea por un lapso breve, se pagan las consecuencias durante mucho tiempo.

Mantener el rumbo

Algunas de las naciones más pobres realizan esfuerzos sobrehumanos en su afán por inmunizar a sus niños, mientras que otras naciones, en comparación más ricas, carecen de la voluntad o la capacidad de llevar a cabo esfuerzos similares. El mundo en general no hace todo lo que está a su alcance para que todos los niños que las necesiten dispongan de vacunas. Eso no sólo implica una grave incapacidad en materia de liderazgo, sino que representa un ultraje moral.

La inmunización infantil no es un acto de caridad, sino el cumplimiento de un compromiso con un derecho humano fundamental. Los países que ratifican la Convención sobre los Derechos del Niño, que es el tratado de derechos humanos más ratificado de la historia, adquieren la obligación de garantizar "en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño" y a adoptar "las medidas apropiadas para... la prestación de... atención sanitaria". Esos derechos se convirtieron en metas tangibles en 1990, cuando los líderes de más de 70 países se comprometieron en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia a conquistar y mantener para el año 2000 unos niveles de cobertura de por lo menos un 90% contra las principales enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Cuando se reconoce un derecho de los niños, todos los niños disfrutan del mismo, no sólo aquellos a quienes resulta fácil prestar servicios. De manera que los planes nacionales deben dirigirse no sólo al 80% inicial, sino también al 20% restante, entre los que se incluye a los niños en prisiones u orfanatos, los niños de la calle, las tribus montañosas de Tailandia, los gitanos de Bulgaria y Rumania, y los niños de las aldeas más remotas de Nigeria.

Muchos países en desarrollo realizaron avances espectaculares en la inmunización de sus niños a principios de decenio de 1980. Pero para algunos resulta muy arduo mantener

ese impulso inicial, y mucho más difícil aun inmunizar a los niños que todavía no han sido vacunados. Togo, por ejemplo, logró aumentar su tasa de vacunación contra el sarampión hasta el 65% en 1995, pero al año siguiente el indicador había descendido al 48%. Y en Guinea-Bissau, la tasa de vacunación contra esa enfermedad bajó del 65% en 1994 al 53% en 1996.

Esas estadísticas ponen de relieve la necesidad de que las políticas de inmunización tengan carácter sostenible. Todo país debe contar con capacidad continua de inmunizar a cada una de las nuevas generaciones de bebés; de reforzar su infraestructura de atención de la salud y su personal sanitarios, y disponer de suficientes suministros de vacunas a costos asequibles para abastecer constantemente el sistema de inmunización. Al respecto, y de manera similar a las señales de desgaste que muestran los refrigeradores y otros componentes de la "cadena de refrigeración" de las vacunas que se adquirieron durante las campañas de inmunización del decenio de 1980, en algunos sitios ese impulso inicial pierde bríos a medida que nos acercamos al final del decenio. Es necesario mantener en pie las estructuras políticas y técnicas que hicieron posible los primeros esfuerzos, porque de lo contrario se desplomarán las tasas de inmunización con consecuencias desastrosas.

Por esa razón, la Iniciativa en favor de la vacuna para los niños tiene por objetivo mejorar las actuales existencias de vacunas en todo el mundo. La Iniciativa, concebida inicialmente por cinco organismos y organizaciones patrocinadoras —la OMS, el UNICEF, el PNUD, la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial— ha pasado a ser el foro donde se desarrolla un diálogo mundial entre gobiernos, donantes, fabricantes de vacunas, investigadores y responsables de los programas de inmunización.

También constituye un avance la estrategia de financiación de vacunas que iniciaron en 1994 el UNICEF y la OMS, mediante la cual se alienta a los gobiernos a asumir responsabilidades por sus necesidades en materia de vacunación. La estrategia fija metas financieras basadas en la riqueza per cápita relativa de cada país, y permite que los fondos de los donantes se concentren en los países más necesitados.

A tal fin, se agrupa a los países en

varias categorías según su riqueza per cápita, desde los muy pobres, como Mozambique y la República Democrática Popular Lao, que sólo pagan un monto simbólico por las vacunas, hasta Malasia y Turquía, naciones a las que se suministró asistencia sólo durante el primer año y que ahora se pueden abastecer a sí mismas con relación a los costos de vacunación.

Para 1996, un 25% de los países más pobres cumplía con sus objetivos mínimos de abastecimiento propio de vacunas, mientras que en 1990 sólo había logrado esas metas mínimas el 2% de los países más necesitados. De los países a los que se había dejado de otorgar asistencia para las vacunas, un 90% había conquistado esos objetivos mínimos. Muchos países adquieren o producen sus propias vacunas, entre ellos el Brasil, China, Egipto, la India, México, Pakistán, Filipinas y la mayoría de los países de América del Sur. Los países en desarrollo producen ya más de la mitad de las vacunas que se emplean en los programas nacionales de inmunización.

Uganda, una de las naciones más pobres del mundo, financia un 35%

del costo de las vacunas básicas. A pesar de las convulsiones políticas y sociales que vive el país, Burundi ha logrado mantener su apoyo a los fondos para la vacunación, a los que aportó 50.000 dólares en 1997.

En colaboración con los Gobiernos de Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Malí, Mauritania, Níger y el Senegal, la Unión Europea puso en marcha un nuevo plan de financiación de vacunas, a fin de que los presupuestos nacionales contengan partidas destinadas específicamente a la adquisición de vacunas. Para promover este plan, la Unión Europea provee fondos directamente a los presupuestos nacionales de los países mencionados, en cuyos planes generales de gastos para la salud figuran ahora las vacunas.

El apoyo a la inmunización no pasará a formar parte esencial del esfuerzo mundial en pro de la inmunización si no lo avala el categórico compromiso político de los dirigentes de cada país. Esos líderes deben examinar sus prioridades y comprender el valor real de cada vacuna para el niño que la recibe, para su familia y para la nación. El mundo debe pre-

guntarse cómo es posible que un producto tan eficaz en relación a su costo y tan disponible como las vacunas no se administren a todos los niños.

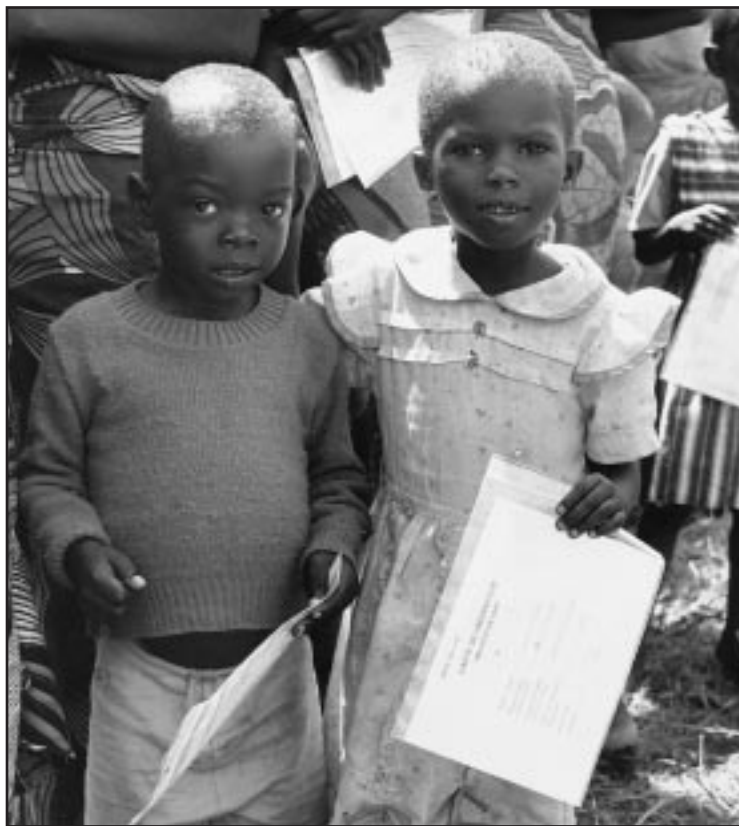
Cómo llegar a los más pobres

Las nuevas vacunas ofrecerán grandes oportunidades, aunque también traerán aparejados grandes retos. De mantenerse los niveles actuales de provisión de fondos, no será posible suministrar las nuevas vacunas a los países que albergan el 10% más pobre de la niñez mundial y que soportan el peso más grave de la enfermedad. Los donantes aportan anualmente a esos países unos 21 millones de dólares que se invierten en los seis antígenos originales.

Si a esto se suma el costo de las vacunas contra la hepatitis B y la fiebre amarilla, las cuentas dan como resultado unos 70 millones de dólares. Si se agrega el valor de las vacunas contra la Hib y el rotavirus, y otra para derrotar a las enfermedades causadas por los neumococos, se necesitan en total 381 millones de dólares. Si se tiene en cuenta lo que costaría modernizar la cadena de refrigeración para poder mantener las vacunas a la temperatura adecuada, mejorar la capacidad de distribución y financiar nuevos procedimientos de inyección sin riesgos, el mundo tiene ante sí una factura anual por 700 millones de dólares.

Aunque 700 millones pueda sonar caro, se trata de 12 centavos de dólar por habitante de nuestro planeta. Si se compara esa suma con los 139 dólares per cápita que se gastaron en la maquinaria militar mundial en 1996, quedan demostradas cuáles son las prioridades que rigen en este mundo. En una economía global en la que están en juego 28 billones de dólares, no se trata de resolver si contamos con suficientes recursos económicos sino de decidir cuáles son nuestras prioridades.

Hasta ahora, los países del mundo —tanto las naciones en desarrollo como los donantes— no hacen todo lo que está a su alcance para acercar este milagro de la medicina a los niños que más lo necesitan. Quienes formamos parte de la comunidad de la salud pública tenemos la obligación de denunciar esta atrocidad ante el mundo. Año tras año, recae sobre nosotros la responsabilidad por las vidas de millones de niños y niñas. ■



Mediante su apoyo a la inmunización sistemática, dos terceras partes de todos los países han reducido la mortalidad debida al sarampión en un 95%. Unos niños de Rwanda esperan su turno para recibir una vacuna en un campamento de refugiados de Tanzania, con las tarjetas de inmunización en la mano.

UNICEF/94-0071/Davies

El sarampión causa más muertes infantiles que cualquier otra de las enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación, unos 800.000 niños por año. Debido a ello, el porcentaje de niños inmunizados contra el sarampión antes de cumplir el primer año de vida es un indicador fidedigno del grado en que los países fomentan la supervivencia y el desarrollo de sus ciudadanos más jóvenes. Este año, la tabla de la liga de salud está dedicada a la inmunización contra el sarampión, aunque desde una perspectiva fuera de lo común. En lugar de mostrar el porcentaje de niños inmunizados contra el sarampión, la tabla indica el porcentaje de niños que no han recibido esa inmunización. Esos son los niños a quienes se ha privado de su derecho fundamental a la atención de la salud.



ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

1	Gambia	0
2	Botswana	18
3	Sierra Leona	21
4	Zimbabwe	23
5	Rwanda	24
5	Sudáfrica	24
5	Zambia	24
8	Lesotho	27
9	Madagascar	32
9	Malawi	32
9	Tanzanía	32
12	Mauritania	33
13	Uganda	34
14	Angola	35
14	Côte d'Ivoire	35
16	Guinea	39
16	Mauricio	39
16	Namibia	39
19	Benin	43
19	Mozambique	43
21	Burkina Faso	46
21	Etiopía	46
►	Media regional	47
23	Ghana	47
23	Guinea-Bissau	47
25	Senegal	49
26	Burundi	50
27	Togo	52
28	Camerún	54
28	Rep. Centroafricana	54
30	Nigeria	55
31	Liberia	56
32	Congo	58
33	Congo, Rep. Dem.	59
34	Eritrea	62
34	Gabón	62
34	Kenya	62
37	Malí	65
38	Somalia	67
39	Chad	72
40	Níger	79

Las estadísticas sobre la inmunización: La única verdad es la realidad

¿Qué posibilidades tienen los gobiernos de satisfacer las necesidades de los niños si ni siquiera saben exactamente cuáles son esas necesidades? Esta cuestión fundamental fue abordada en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, en la que se exhortó a los países a crear mecanismos idóneos para la recolección, el análisis y la publicación regular de datos sobre el bienestar de sus niños.

No existe ningún otro indicador más preciso de la competencia con que un país obtiene y procesa tal información que los registros de las inmunizaciones, ya que las estadísticas referidas a ese aspecto de la salud infantil son las que se recopilan con más regularidad y se vigilan con más celo. Pero la evaluación de esas cifras resulta aún un proceso complicado.

Prácticamente todos los países cuentan con datos sobre la inmunización infantil. La forma de registro más frecuente es la de las anotaciones que se realizan en los centros sanitarios para asentar las inmunizaciones individuales de los niños.

El grado de exactitud de estos "informes habituales" depende en muchos casos del nivel de complejidad de los mecanismos de comunicación entre los sucesivos niveles de la cadena de mando, que se inicia en las clínicas locales y termina en el ministerio de salud. Debido a ello, los informes habituales se complementan periódicamente con encuestas que, a pesar de brindar por lo general datos más ajustados a la realidad, se llevan a cabo con menos frecuencia debido a su alto costo. En consecuencia, las estadísticas de las publicaciones como *El Progreso de las Naciones* se basan en una combinación de ambas fuentes.

Al analizar estas estadísticas se advierten las complejidades que entraña la obtención de datos. Por ejemplo,

las estadísticas del UNICEF indican que en 44 países los informes clínicos habituales demuestran que las tasas de inmunización son por lo menos un 10% más elevadas que las obtenidas mediante las encuestas. En el resto del mundo, esa discrepancia es al revés, ya que en 17 países los informes clínicos habituales reflejan tasas de cobertura por lo menos un 10% menores que los datos derivados de las encuestas.

Las implicaciones de tales variaciones son motivo de preocupación. Una encuesta llevada a cabo en la India en 1992 indicó, por ejemplo, que el número de niños menores de 1 año que habían recibido la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos era inferior en 10 millones al que habían indicado los informes clínicos habituales.

En Kenya sucedió lo inverso. Según los informes clínicos habituales correspondientes a 1996, sólo un 40% de los niños habían recibido la tercera dosis de esa vacuna, mientras que los datos obtenidos mediante encuestas indicaban que el 84% de los niños contaban con esa tercera vacuna. En este caso, la diferencia porcentual representaba 500.000 niños.

Si se ajustaran las tasas de inmunización de 1996 de los 40 países más grandes para tomar en cuenta las disparidades entre los informes clínicos habituales y los resultados de las encuestas, la cobertura mundial disminuiría en un 10%, y sería del orden del 70%.

De manera que hasta las "mejores" estadísticas de las que se disponen para medir el bienestar de los niños pueden estar viciadas si los países no les otorgan la prioridad debida.

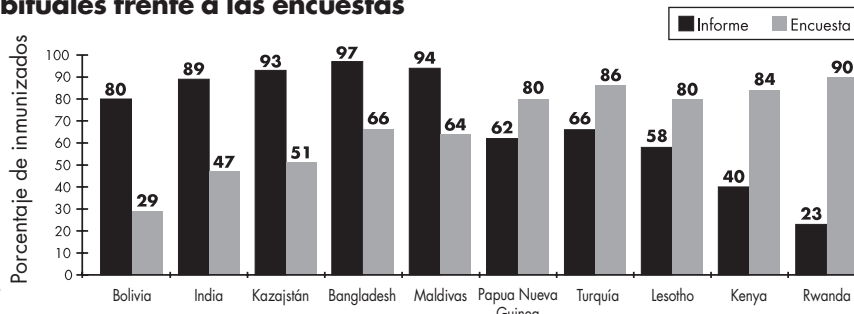
Si los gobiernos se proponen hacer valer el derecho de los niños a la salud, deberán asignar más recursos a la recolección de datos.

Los informes habituales frente a las encuestas

Diferencias entre informes clínicos habituales y datos de las encuestas sobre la tercera dosis, DPT.

(Países con las mayores discrepancias)

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud, UNICEF y OMS.



A EL SARAMPIÓN



ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENT.

1	Kuwait	1
2	Jordania	2
2	Omán	2
4	Irán	5
5	Israel	6
6	Marruecos	7
7	Arabia Saudita	8
7	Libia	8
9	Túnez	14
10	Egipto	15
10	Líbano	15
▶	Media regional	16
12	Siria	16
12	Turquía	16
14	Em. Árabes Unidos	17
15	Iraq	20
16	Sudán	25
17	Argelia	32
18	Yemen	49



ASIA CENTRAL

1	Azerbaiyán	1
2	Kazajstán	3
3	Uzbekistán	8
4	Armenia	11
5	Tayikistán	20
▶	Media regional	28
6	Turkmenistán	34
7	Kirguistán	35
8	Georgia	45
9	Afganistán	58



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

1	China	3
2	Viet Nam	4
3	Corea, Dem.	6
4	Corea, Rep.	8
5	Mongolia	12
5	Singapur	12
7	Nueva Zelandia	13
8	Bhután	14
8	Myanmar	14
8	Sri Lanka	14
11	Tailandia	15
▶	Media regional	17
12	India	19
12	Malasia	19
14	Pakistán	22
15	Camboya	28
15	Filipinas	28
17	Japón	32
18	Indonesia	37
19	Lao Rep.	39
20	Bangladesh	41
21	Nepal	55
22	Papua Nueva Guinea	56
23	Australia	sin datos



AMÉRICAS

1	Argentina	0
2	Jamaica	1
3	Canadá	2
3	Cuba	2
5	El Salvador	3
6	Colombia	5
7	Chile	7
8	Honduras	9
9	Panamá	10
10	Estados Unidos	11
11	Trinidad y Tabago	12
12	Bolivia	13
13	Costa Rica	14
14	Uruguay	15
▶	Media regional	19
15	Paraguay	19
16	Ecuador	21
17	Nicaragua	22
17	Rep. Dominicana	22
19	México	25
20	Brasil	26
21	Perú	29
22	Guatemala	31
23	Venezuela	36
24	Haití	69

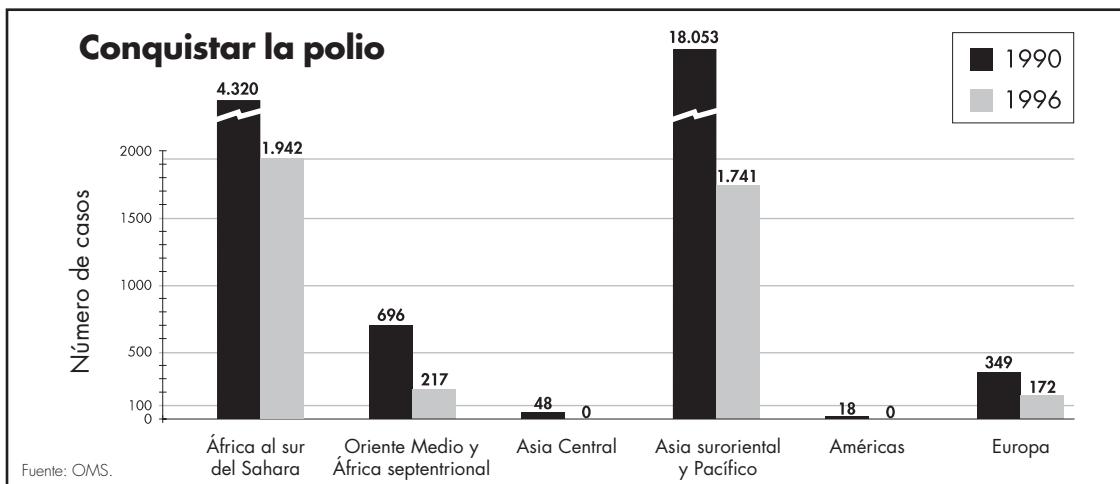
CRITERIO DE CLASIFICACIÓN

Porcentaje de niños menores de 1 año que no han sido vacunados contra el sarampión

PROMEDIO EN
EL MUNDO
EN DESARROLLO

23%

La inmunización es el mejor negocio del mundo en materia de salud: \$15 para proteger a un niño, incluido el costo del alumbramiento.



Fuente: UNICEF y OMS.

La tasa de tétanos neonatal reducida en un tercio

En 1990, unos 360.000 recién nacidos murieron de tétanos neonatal en los 20 países donde esta enfermedad es más frecuente. Los esfuerzos concertados por eliminar el tétanos neonatal disminuyeron esa cifra a 224.000 casos. Así se redujo el costo en vidas humanas de esta enfermedad insidiosa que ataca a los lactantes en sus primeros días de vida, y cuyo síntoma inicial, un rictus facial, se suele confundir en una ironía trágica con la primera sonrisa de la criatura.

El mayor avance en la lucha contra esa enfermedad se registró en el Brasil, donde las tasa de mortalidad se redujo en un 99%, al disminuir el número de muertes de 6.000 en 1990 a apenas 80 en 1997. Viet Nam y Kenya obtuvieron resultados casi similares, ya que en esas naciones el número de muertes se redujo en un 94%. En cuanto a la reducción del número absoluto de casos, China obtuvo la mayor victoria, puesto que las muertes debidas al tétanos neonatal disminuyeron de más de 75.000 en 1990 a algo menos de 14.000 en 1997, una reducción de un 82%.

Pero en algunos sitios las noticias no fueron buenas. En Nigeria, los casos mortales ascendieron de 23.000 a 38.000. Ese incremento de un 62% fue

el mayor aumento absoluto registrado en el mundo.

El tétanos neonatal se debe a la infección con el bacilo del tétanos durante los alumbramientos en condiciones antihigiénicas, a menudo agravadas por ciertas prácticas tradicionales, como el uso de mantequilla clarificada y hasta estiércol de ganado para "cicatriz" el cordón umbilical.

Aunque no se haya conquistado la meta de eliminar el tétanos neonatal a fines de 1995, aún sería posible conquistar ese objetivo para fin de siglo de concertarse con un mayor grado de compromiso político. Para poder combatir la enfer-

medad en todas las regiones del planeta con altos niveles de riesgo se necesitarían unos 30 millones de dólares adicionales. Los avances recientes y futuros en materia de técnicas e instrumentos de vacunación podrían resultar sumamente valiosos para que el personal no especializado practique inmunizaciones.

La lucha contra el tétanos neonatal

El éxito de "los primeros 20":

	muertes en 1990	muertes en 1997	% de cambio
Brasil	5.900	80	99
Viet Nam	6.200	400	94
China	75.700	13.700	82
Egipto	4.000	740	82
Uganda	7.500	2.200	71
Indonesia	22.800	7.100	69
Filipinas	4.700	1.900	60
Kenya	5.100	2.500	51
Bangladesh	38.600	20.700	46
Niger	4.200	2.400	43
Ghana	4.000	2.400	40
Myanmar	4.400	3.200	27
India	77.700	59.100	24
Pakistán	36.300	29.700	18
Nepal	6.700	5.800	13
Mozambique	3.900	3.600	8
Etiopía	14.800	15.600	-5
Somalia	6.500	7.000	-8
Congo, Dem. Rep.	7.200	8.200	-14
Nigeria	23.400	37.900	-62
Total	359.600	224.220	

Fuentes: OMS, 1998.



Los esfuerzos conjuntos ha reducido enormemente las muertes por tétanos neonatal en la mayoría de los países más afectados. Nigeria es una excepción, ya que la mortalidad ha aumentado en un 62%. Unas mujeres nigerianas reciben la vacuna del tétanos, que protegerá a los niños que albergan en sus vientres.

La gesta de la producción local de SRO

Al responder a una reciente encuesta, casi la mitad de los países informaron haber aumentado la producción local de las sales de rehidratación oral (SRO), que son el elemento fundamental de la terapia que salva las vidas de los niños amenazados por la deshidratación diarreica. La encuesta del UNICEF, que abarcó 65 países, descubrió que por fortuna el mundo en desarrollo mantiene una tendencia sostenible. La encuesta indicó también que desde 1994 la producción local ha aumentado y el porcentaje de SRO adquiridas por los ministerios de salud se ha incrementado en un 20%, lo que es motivo de optimismo, ya que indica que la terapia de rehidratación oral se está consolidando.

Bangladesh, el Brasil, la India y Nigeria, donde habitan más de 160 millones de niños menores de 5 años, forman parte del grupo de 32 países y territorios que anunciaron un aumento de la producción de las SRO en los últimos años. Cuba y México producen actualmente suficientes sales como para poder exportar a otros países. De los 19 países que dijeron no haber aumentado su

producción, varios producen cantidades de SRO suficientes para suplir sus necesidades.

En 1996, los ministerios de salud de 21 países suministraron fondos que cubrieron más de la mitad del costo del consumo de SRO, lo que representa un importante aumento con respecto a los 16 países que estaban en esa situación en 1994.

Las oficinas del UNICEF de 20 países informaron que en esas naciones no existe producción local de las SRO. Aunque la importación de las SRO puede resultar más conveniente para los países más pequeños, como Swazilandia, la situación de otros donde la producción local ha cesado debido a la inestabilidad y la guerra, como Burundi, Camboya y el Iraq, es motivo de preocupación.

La deshidratación diarreica continúa siendo una de las enfermedades con mayor mortalidad entre los niños, ya que más de 2 millones de niños menores de 5 años mueren en el mundo en desarrollo por esta causa. Hasta un 90% de esas muertes podrían prevenirse

mediante la reposición del líquido perdido por el organismo con las SRO, que son una mezcla de sales, glucosa y agua potable en cantidades exactas, o con otros líquidos recomendados. Las SRO son muy económicas, ya que cada bolsita cuesta, como promedio, menos de 8 centavos de dólar.

Salvar vidas a escala local

Dónde está en aumento la producción de las sales

Argelia	México
Argentina	Nepal
Bangladesh	Nicaragua
Bolivia	Níger
Brasil	Nigeria
Chile	Pakistán
Cuba	Perú
Ecuador	Ribera occidental y Gaza
Egipto	Sudán
El Salvador	Tailandia
Etiopía	Turquía
Filipinas	Uganda
Ghana	Venezuela
India	Viet Nam
Kenya	Yugoslavia
Lao, Rep. Dem. Pop.	
Mali	

Fuente: UNICEF, 1997.



Remedio casero: un sobre de sales de rehidratación oral mezcladas con agua potable aleja el peligro de la deshidratación diarreica, una enfermedad que puede ser mortal.



Los niños, como estos dos en Guatemala, necesitan cinco visitas al centro de vacunación en sus nueve primeros meses de vida.

La deserción en la inmunización: una señal de peligro

Así como una tasa elevada de deserción escolar denuncia la existencia de problemas en un sistema educacional, una elevada tasa de deserción de un programa de inmunización —el porcentaje de lactantes que no llegan a recibir las seis vacunas que se les deberían suministrar durante su primer año— revela la existencia de problemas en el correspondiente sistema sanitario. Si se considera la vacuna BCG (contra la tuberculosis), que se administra poco después del nacimiento, como inicio del ciclo de inmunización, y a la vacuna contra el sarampión, que los lactantes reciben a los nueve meses, como el fin de ese ciclo de vacunas, es posible representar gráficamente el éxito o el fracaso de la vacunación en un país determinado.

En la mitad de los 127 países que rindieron informes sobre ambas inmunizaciones, más del 90% de los niños que recibieron la vacuna BCG también fueron inmunizados contra el sarampión, lo que parece indicar que han recibido todas las vacunas del ciclo. Esto significa que sus padres pudieron llevarlos a un puesto sanitario cinco veces durante el primer año de vida, lo que indica, a su vez, que esas familias cuentan con servicios de inmunización asequibles y fiables.

Sin embargo, en 27 países más de un 20% de los lactantes recibieron la vacuna BCG pero no la del sarampión. De todos los países que rindieron informes, la tasa más elevada de deserción, más del 50%, se registra en la República Centroafricana, donde el 94% de los niños está vacunado contra la tuberculosis pero sólo el 46% está inmunizado contra el sarampión.

El único país industrializado que tiene una tasa considerable de deser-

ción en materia de vacunación es Japón, con el 23%. Pero debido a sus niveles elevados de atención de la salud y nutrición, el sarampión representa una amenaza mucho menor en el mundo industrializado. Sin embargo, se trata de una enfermedad que puede ser “exportada” de los países ricos al mundo en desarrollo, lo que representa una amenaza para los niños de las naciones más pobres.

Deserción

Países donde por lo menos un 20% de los lactantes inmunizados contra la tuberculosis no están vacunados contra el sarampión:

País	Porcentaje de deserción entre la vacunación contra la TB y el sarampión
República Dominicana	20
Ecuador	21
Mozambique	21
Sudán	21
Zambia	21
México	22
Perú	22
Turkmenistán	22
Japón	23
Argelia	26
Mauricio	26
Venezuela	26
Benin	27
Burundi	27
Nepal	28
Tanzania	28
Bangladesh	29
Malawi	29
Uganda	30
Senegal	32
Etiopía	33
Papua Nueva Guinea	34
Mali	34
Haití	37
Togo	39
Liberia	40
República Centroafricana	48

Fuente: OMS y UNICEF.

Los aranceles aduaneros aumentan el precio de los mosquiteros

En 14 países, por lo menos, las familias amenazadas por el paludismo deben pagar más para poder protegerse de la enfermedad porque sus gobiernos gravan la importación de mosquiteros. Esos artículos sanitarios, que cuestan entre 4 y 15 dólares antes de la aplicación de los aranceles de importación, representan un gasto considerable para las familias de los países más pobres, cuyos los ingresos mensuales no superan, como promedio, los 30 dólares. Debido a los gravámenes aduaneros, que varían de un 8% a un 65%, la adquisición de los mosquiteros se hace aun más onerosa para esas familias.

El paludismo causa anualmente 1 millón de muertes de niños menores de 5 años —lo que equivale a un niño cada 30 segundos— en un centenar de países donde es una enfermedad endémica. De los 74 países que respondieron a una reciente encuesta del UNICEF, en 56 se vendían mosquiteros. Cuarenta países importan estos artículos de protección, y 14 de ellos los gravan con aranceles aduaneros. Doce de esos 14 países pertenecen a la región del África al sur del Sahara.

Los impuestos más altos, de un 65%, se cobran en el Senegal, aunque en otros seis países de esa región se imponen aranceles del 30%, por lo menos. Esto ocurre en una región con un 90% del total mundial de muertes debidas al paludismo y donde los niños, como promedio, sufren seis ataques palúdicos por año.

Un estudio llevado a cabo en Gambia indicó que si los niños duermen protegidos por mosquiteros impregnados con insecticidas, se puede reducir en un 25% la mortalidad debida al paludismo.

Esa medida de protección contra los mosquitos causantes del paludismo es fundamental, ya que la enfermedad se muestra cada vez más resistente a los medicamentos actuales, y hasta ahora no hay una vacuna eficaz contra ese mal.

En respaldo de la campaña contra el paludismo de la OMS, el UNICEF se ha fijado tres metas relacionadas con la misma: lograr que para el año 2000 un 20% de los niños menores de 5 años duerma bajo la protección de los mosquiteros; que esa tasa aumente al 50% para el año 2005; y que hacia el 2010 el acceso a los mosquiteros tenga un carácter universal. Para conquistar las metas de la campaña, es indispensable reducir el costo de los mosquiteros, y una manera de lograrlo es mediante la eliminación de los aranceles aduaneros que obstaculizan la importación de esos artículos.

Impuestos contra la protección del paludismo

Países donde se ha comprobado la existencia de aranceles aduaneros a los mosquiteros importados*

País	Porcentaje del arancel
Namibia	8
Eritrea	13
Yemen	15
Guinea	18
Guinea-Bissau	25
Zambia	25
Bolivia	30
Djibouti	33
Benin	36
Burundi	36
Camerún	50
Mozambique	50
Gabón	53
Senegal	65

*De los 74 países donde el paludismo es endémico que respondieron a la encuesta.

Fuente: UNICEF, 1998.



En Santo Tomé y Príncipe, los pobladores extienden mosquiteros impregnados con insecticida. Estos mosquiteros protegen a las familias de los mosquitos portadores del paludismo, una enfermedad que mata anualmente a 1 millón de niños menores de 5 años en todo el mundo.