

CARLA VIZZOTTI: “LAS VACUNAS TIENEN QUE RECUPERAR EL LUGAR QUE TENÍAN EN LAS ESCUELAS”

La jefa del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación habla en esta entrevista de fortalecer las campañas de vacunación y de la situación Argentina respecto de la producción de vacunas nacionales.

“En una epidemia no hay culpables, sólo hay víctimas”, dice José Saramago en su ilustre *Ensayo sobre la ceguera*. Pero en la gestión pública de la salud se debe procurar, cuanto menos, que no las haya. Y en esa tarea está embarcada desde 2005 cuando –convocada por Ginés González García– ingresó al Ministerio de Salud Carla Vizzotti, actual jefa del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. La Dra. Vizzotti, egresada con diploma de honor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador (Usal) era entonces asesora infectóloga en el plan de respuesta integrada para la pandemia de influenza en todo el área de vacunas y antivirales. Llevar adelante una campaña nacional

de vacunación requiere de una logística poco conocida por el común de la gente y dicho esto sin tener en cuenta lo que además exige afrontar una situación de alerta como la que se vivió en 2009 con el virus H1N1.

–¿En qué consiste un plan de alcance nacional, cómo se planifica?

–El programa lo que tiene son muchas áreas de trabajo y el país lo que hace es adquirir todos los insumos, en lo que se refiere a vacunas, jeringas descartables, a través del fondo rotatorio de licitaciones y las distribuye. Todo eso entra en un área muy grande que es la programación, planificación, adquisición, almacenamiento y distribución a todo el país de los insumos adquiridos. La parte del frío de las cámaras centrales de las jurisdicciones y de las cámaras que son del depósito central de las vacunas, más la capacitación de la cadena de frío dependen del Ministerio de Salud. Luego viene la recolección de los datos de coberturas de la vacunación, las dosis aplicadas en cada una de las edades y dividida por regiones como para saber en cada provincia y jurisdicción como vienen las coberturas de vacunación, y relacionarlo eso con la vigilancia de las enfermedades que se previenen a través de las vacunas. Se arma una estrategia para cada caso, los chicos de

maternidad, los de primer grado, los menores de un año.

–¿Cómo se actuó frente a un hecho pandémico como el de la Gripe A, con fuerte repercusión mediática?

–Durante 2009 lo que pasó es que de un día para el otro llegó la pandemia al país y lo que hubo que hacer en un tiempo muy corto fue articular entre todos los sectores. Esto lo que tenía de característico era la transversalidad, la sociedad misma estaba involucrada en algo y articular todo eso fue muy complicado por lo súbito de la situación. Si bien había planes de contingencia y aún cuando la Argentina era el primer país en Latinoamérica durante la gestión de Ginés en hacer simulacros de pandemias en algunos hospitales (se hicieron simulacros en el manejo de cadáveres, el montaje de un campamento con carpas), no resultó sencillo llevarlo a la práctica. Se produjeron cuellos de botella en la provisión de los antivirales y por ahí un desborde un poco mediático de la situación. La gente entró en cierto pánico y sin un lineamiento específico de lo que había que hacer.

–No habrá sido sencillo tampoco manejar una herramienta clave como la comunicación.

–Los que nos pasó a nosotros con la in-



que pudieran ser diseminadoras de la enfermedad. Eso también benefició a quienes no se vacunaron.

–¿Qué evaluación puede hacer de la pandemia por H1N1 en relación al año 2009?

–La realidad está en los números, el año pasado fueron alrededor de 1.200.000 casos, y este año no llegaron a 100.000. El año pasado hubo 626 muertos y en el 2010 aún no se registró nadie entre los grupos de riesgo. La clave del éxito fue haber empezado temprano, vacunando a la mayor cantidad de personas antes del inicio del invierno. Llegamos al 94% de cobertura de vacunación en los 5 grupos de riesgo. Hubo otros países que compraron vacunas para toda la población, y no cumplieron el objetivo de vacunar a todos (habrán vacunado el 25% de la población). Vacunaron lo mismo que nosotros pero lo que hicimos aquí fue vacunar a un 25% con posibilidades de mayor riesgo. Definimos cuáles eran las posibilidades de compra de las vacunas, qué posibilidades teníamos de implementar una campaña de vacunación y cuáles eran nuestros objetivos. La realidad es que la experiencia de *comprar para vacunar* a todo el mundo no resultó y nosotros tampoco teníamos la capacidad de llegar a todo el país. Desde lo operativo, hoy tenemos circulación vial, internacional, y el año pasado no fue así porque hubo desborde en los hospitales, ausentismo en los colegios. La realidad es que este año no se vivió ni en los momentos más fríos del año ninguna situación de ese estilo y desde la mortalidad también, no tuvimos ninguna notificación de muerte entre los grupos de riesgo.

–¿Qué impacto tuvo esta experiencia en otras campañas?

–Ahora que hubo un brote de sarampión el entrenamiento que generó la campaña de vacunación contra la gripe fue clarísimo y eso se vio en todos

formación es esto de las *lecciones aprendidas*. Cuando el actual ministro Jorge Manzur se hizo cargo del Ministerio, de inmediato se organizó una reunión de expertos con la idea de generar un comité de evaluación de las distintas situaciones para lograr un consenso y trabajar en función de eso articulado en tres niveles: el primero a nivel Nación y con los líderes de opinión y las sociedades científicas, donde se analizó la provisión de vacunas y las recomendaciones internacionales con las que se diseñó la estrategia a implementar en el 2010 en la campaña antigripal, con el objetivo de bajar la mortalidad y mantener los sistemas de salud. Se determinaron entonces los 5 grupos de mayor riesgo que fueron el personal de salud, las mujeres embarazadas, las mamás de bebés menores de 6 meses, los chicos entre 6 meses y 5 años, y los que tuvieran entre 5 y 64 años. Cuando empezó la campaña y saltaron los primeros casos de gripe, se planteó la duda de si había vacunas o no, si había trivalentes o monovalentes, el discurso del Ministerio y de los líderes de opinión fue tan sólido y sin fisuras que no hubo dudas y de ahí que los profesionales de la salud empezaron a confiar.

–¿Cuáles fueron los otros dos niveles de trabajo?

–El otro gran marco de trabajo fue el Consejo Federal de Salud donde el Ministro siempre planteó esta situación de la campaña antigripal como una prioridad importante y recogió la bandera de todos los ministros de salud y los jefes de los programas de inmunizaciones de las jurisdicciones con lo cual uno puede bajar una directiva pero si no está consensuado cómo se tiene que articular y si los que conocen el terreno no están convencidos, no es lo mismo el impacto. Y en ese sentido todos participaron, aportaron y fueron parte de la toma de decisiones. El tercer gran eslabón fueron los programas locales, los vacunadores y la gente que también tuvo una respuesta porque fue a demandar la vacuna. Se trabajó en esos tres niveles, nosotros fuimos a comprar 10.800.000 dosis de vacunas monovalentes y en nuestro país el éxito más importante de la campaña fue que se empezó a vacunar desde muy temprano. La primera vacuna llegó el 24 de febrero y ahí se empezó la primera fase con el personal de salud y las embarazadas, a dos semanas antes al inicio del invierno ya teníamos al 80% de la población en riesgo vacunada. Eso hizo que cuando fuera la época de mayor circulación del virus hubiera un pool de personas protegidas importante y no personas susceptibles

los aspectos. Cuando estábamos saliendo de la campaña antigripal se notificaron casos sospechosos de sarampión e inmediatamente se implementó la misma estrategia. Se situó a los expertos, se hizo un alerta, se comunicó a los medios y se empleó la misma dinámica con la que se pudo contener la situación. El sarampión estaba eliminado de la región de las Américas y del país, y se determinó que hasta ahora tenemos un brote en la Argentina relacionado con la importación, se aisló entonces el genotipo que viene de Sudáfrica y hasta ahora tenemos ese solo. Hay 17 casos que están todos localizados en la Provincia de Buenos Aires, y por eso las prevenciones se hicieron más intensas allí y en Capital Federal. Se hizo una campaña para intensificar esquemas de vacunación en todo el país, y era la oportunidad también de volver a instalar el tema.

—¿Cuál es la situación de nuestro país respecto de la fabricación de vacunas?

—Argentina adquiere las vacunas a través del fondo rotatorio de la OPS como la mayoría de los países de Latinoamérica, salvo Brasil y México, ningún país produce vacunas para autoabastecerse. La OPS tiene un fondo rotatorio, ellos reciben todos los pedidos de solicitud de vacunas y al llamar a licitación pública hace que los laboratorios proveedores de las vacunas bajen muchísimo el costo al pedir para la región en su conjunto. El país se encuentra en una etapa de fortalecer la producción nacional de vacunas. Ahora se está trabajando mucho en transferencia de tecnología para la producción de algunas vacunas que son estratégicas, como la fiebre amarilla, un insumo crítico a nivel mundial porque su consumición es limitada y con los brotes que hubo desde 2008 hasta ahora en el mundo se consumieron todas las reservas de la OMS y hay un desabastecimiento a nivel mundial de la vacuna. Argentina está trabajando con un laboratorio productor de vacu-

Vacunas para el Sur

—¿La provisión de vacunas para el hemisferio sur es crítica?

—Con la gripe del año pasado se hizo un diagnóstico de las posibilidades de provisión de las vacunas antigripal, el 80% de los laboratorios que producen vacunas en el mundo están en el hemisferio norte y ya tenían comprometida su producción a los países de esa región, mientras los países del hemisferio sur que producen vacunas son del sudeste asiático, Australia, tenían producción para el abastecimiento local. O sea que había un riesgo latente de quedarnos sin vacunas y en ese contexto fue cuando se adjudicó una licitación para la construcción de una planta de producción nacional de vacuna antigripal en la Argentina, que semanas atrás la presidenta Cristina Fernández de Kirchner dio el inicio de obra en la localidad de Garín (15 mil metros cuadrados donde se invertirán 60 millones de dólares en 4 años). Un consorcio de dos empresas nacionales que son Biogénesis Bagó y Elea, junto a la empresa suiza Novartis, que va a transferir tecnología. Para dentro de 4 años esperamos tener el antígeno fabricado en la Argentina y eso haría que estemos en una situación de privilegio para recibir la vacuna en tiempo, forma y cantidad, y después posicionarnos como un potencial exportador. Hay una serie de vacunas más que se están trabajando para definir la producción nacional, ya se produce la vacuna antirrábica humana y canina con una tecnología que se está trabajando para ver si se puede actualizar o mejorar de acuerdo a las recomendaciones de la OMS y después las otras dos grandes líneas de trabajo son las vacunas bacterianas y el desarrollo de una vacuna local contra el HPV (virus del papiloma humano), que viene llevando adelante investigadores del CONICET y del equipo del Dr. Gonzalo de Prat Gay de la Fundación Leloir. Prat Gay sintetizó en forma particular una proteína del HPV que puede ser la puerta de entrada o el comienzo de una forma de producción de una vacuna diferente con lo cual estamos viendo la posibilidad concreta de cómo seguimos avanzando con el proyecto.

nas de Brasil, para transferir tecnología y pueda ser uno de los países que produzca vacunas para fiebre amarilla.

—Las campañas de vacunación estaban muy arraigadas en la sociedad ¿qué sucedió de un tiempo atrás a esta parte?

—Ahora tenemos la sensación de que las vacunas fueron perdiendo el lugar que ocupaban en la prevención de las enfermedades y estamos trabajando con las escuelas para devolverles ese lugar. Con la campaña antigripal fuimos a los colegios y estamos haciendo una campaña con las vacunas de calendario. Hay papás e incluso médicos jóvenes que no conocen enfermedades como el sarampión, la rubéola y poliomielitis, que ya no están gracias a las vacunas. Eso al mismo tiempo fue haciendo que se perdiera la percepción del riesgo y el desafío que hoy tenemos es sostener las coberturas de vacunación altas para que esas y otras enfermedades no vuelvan. Es una responsabilidad de

todos, del Estado para que la comunidad pueda disponer de la vacuna, distribuirla y tenerla en tiempo y forma; de los médicos para que reconozcan su capacidad terapéutica; y de la comunidad para acercarse e informarse. Queremos que los chicos cuando empiecen las clases en marzo estén todos vacunados y que los papás entiendan que los grupos de riesgo para contraer una enfermedad siempre existen, y con ello de reintroducir la enfermedad en un país. Las vacunas son obligatorias y tienen que estar al día, y por eso estamos trabajando mucho en educación para volver a esa senda. El 30 de noviembre y 1º de diciembre cuando se realice el simposio internacional de inmunizaciones vendrán ministros de salud, líderes de opinión, jefes de los programas de inmunizaciones de la región y del país, y la idea es abrir el simposio con una declaración: *las vacunas como un bien social, más allá de los derechos individuales*. Ese es el desafío que tenemos por delante. 