



Una mirada global a los Grupos de Asesoramiento Técnico nacional sobre Inmunización

Maggie Bryson^{a,*}, Philippe Duclos^b, Ann Jolly^{a,c}, Niyazi Cakmak^d

^a Universidad de Ottawa, Ottawa, Ontario, Canadá

^b Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

^c Agencia de Salud Pública de Canadá, Ottawa, Ontario, Canadá

^d Oficina Regional europea, Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Información sobre el artículo

Palabras clave:

Vacuna
Inmunización
Grupos de asesoramiento

resumen

Este artículo presenta los resultados de una encuesta mundial que pretendía recopilar información sobre los procesos de desarrollo de la política de inmunización del país, particularmente sobre la presencia y la función de los Grupos de Asesoramiento Técnico nacional sobre Inmunización (ITAG). Las características de los ITAG nacionales se describen también como atributos de estos grupos que parecen ser imperativos para un ITAG eficaz. Los ITAG proporcionan un servicio valioso a más de 89 países que notificaron su establecimiento, algunos de los cuales llevan existiendo desde hace más de 40 años. Este artículo proporciona información básica sobre el funcionamiento de estos grupos y alienta futuros esfuerzos para abordar lagunas del conocimiento y la investigación en este área.

© Organización Mundial de la Salud 2009. Todos los derechos reservados. La Organización Mundial de la Salud ha concedido permiso al Editor para la reproducción de este artículo.

1. Introducción

Los Grupos de Asesoramiento Técnico sobre Inmunización (ITAG) son comités asesores de expertos que proporcionan recomendaciones para guiar los programas y las políticas nacionales de inmunización de un país [1]. Constan de expertos independientes con la capacidad técnica de evaluar intervenciones de inmunización nuevas y existentes. La premisa de estos grupos es facilitar un proceso sistemático, transparente para desarrollar políticas de inmunización realizando recomendaciones técnicas basadas en la evidencia al gobierno nacional [1]. Su papel es principalmente técnico y consultivo y pretende llevar un mayor rigor científico y credibilidad al complejo proceso de elaboración de políticas de inmunización, libres de intereses políticos o personales.

Muchos países tienen ITAG nacionales; sin embargo, la información publicada sobre la forma y la función de estos grupos es limitada. Una revisión sistemática sobre el tema de los procesos de elaboración de políticas nacionales sobre inmunización identificó la presencia de 14 ITAG nacionales [2] con la mayoría de la información estando disponible para los de Australia, Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de América [3–6]. La información limitada relativa al tamaño, la afiliación, la estructura de las reuniones, métodos de funcionamiento y procesos de toma de decisiones finales que estaba disponible indicaba que estos atributos variaban enormemente entre los ITAG [2].

A pesar de la limitada información publicada, en general existe el reconocimiento de la importancia de los ITAG nacionales. Apoyar a los

países en el fortalecimiento o el establecimiento de ITAG nacionales es una prioridad para la OMS en la sede central y a nivel regional [7–10].

Llevamos a cabo una encuesta mundial para recopilar información sobre los procesos de desarrollo que guían las políticas nacionales de inmunización en todos los países. La encuesta se centraba específicamente en la presencia, características y procesos de ITAG nacionales. El objetivo global del proyecto era producir una representación global de los procesos de desarrollo de políticas de inmunización, particularmente detallando la forma y la función de los ITAG nacionales.

Este artículo notifica los resultados recopilados de países con un ITAG nacional mientras que los resultados de todos los encuestados se resumen en otra parte [11]. Las características de los ITAG nacionales se describen también como atributos de estos grupos que parecerían importantes para un ITAG eficaz.

2. Métodos

La información notificada en este artículo se recopiló mediante dos cuestionarios. Un cuestionario, en lo sucesivo denominado el cuestionario mundial, incluía todos los estados miembros de las regiones africana, americana, mediterránea oriental, sudeste asiática y pacífico occidental (140 países) según la subdivisión de la OMS [12]. El otro cuestionario, en lo sucesivo denominado el cuestionario europeo, valoró los Estados Miembros de la OMS en la región europea (53 países) [13]. Estos países fueron muestreados por separado, dado que ésta era una iniciativa regional ya en curso. Los cuestionarios eran similares, dado que el europeo había sido ajustado para potenciar la compatibilidad.

Los métodos de la encuesta mundial se describen en detalle en otro artículo [11]. Sin embargo, para facilitar la comparación, un breve

* Autor correspondiente. Tel.: +1 613 952 8561; fax: +1 613 952 8286.

Dirección de e-mail: mbryso45@uottawa.ca (M. Bryson).

resumen de los métodos usados en ambas encuestas se incluye aquí.

Muchas de las preguntas en los cuestionarios mundial y europeo eran idénticas y los temas comunes incluían los términos de referencia, la afiliación y la declaración de intereses, modos operativos y el uso de evidencia de ITAG nacionales. El cuestionario mundial también recopilaba información sobre las funciones, la financiación, actores adicionales tales como el presidente, el secretario ejecutivo, el director del programa de inmunización y los grupos de trabajo, evaluación de evidencia y estrategias de comunicación de ITAG nacionales.

Los cuestionarios contenían preguntas cerradas y abiertas. Las preguntas que abordaban profesiones o áreas de especialización de miembros del ITAG, factores considerados cuando se realiza una recomendación, y fuentes usadas para conformar recomendaciones eran preguntas cerradas en ambos cuestionarios; sin embargo, la lista de opciones era más extensa en el cuestionario mundial. Todas las preguntas cerradas tenían un componente abierto que ofrece la oportunidad de enumerar otras posibles respuestas que no estaban enumeradas. Donde fue apropiado, los resultados de los dos cuestionarios se combinaron para este artículo. Aunque los datos del cuestionario europeo ha sido publicados [13], algunos de los datos específicos usados en este artículo para calcular estadísticas globales no fueron publicados.

Diversos términos se definieron de la siguiente manera: *miembros ex officio* como representantes de departamentos gubernamentales que proporcionan conocimientos al comité, asisten a las reuniones del comité, expresan las opiniones del departamento al que representan pero no participan en el proceso de toma de decisiones finales; *miembros de enlace* como representantes de organizaciones relacionadas con la inmunización que proporcionan conocimientos al comité pero no participan en el proceso de toma de decisiones finales.

Los cuestionarios mundial y europeo se distribuyeron a través de todas las oficinas regionales de la OMS a cada país para ser rellenos por el director de inmunización o alguien experto en los procesos de desarrollo de inmunización del país, tal como el presidente del ITAG nacional. Ambos cuestionarios elaborados en inglés se tradujeron a idiomas apropiados para las regiones de la OMS (incluyendo francés, portugués, español y ruso).

El cuestionario mundial fue distribuido en marzo de 2008 y el cuestionario europeo en abril de 2008 [13]. Los cuestionarios y cartas de seguimiento animando a la participación fueron distribuidos por correo electrónico. La mayoría fueron devueltos por correo electrónico sin embargo, también hubo cuestionarios escritos a mano devueltos por correo y por fax.

La distribución de frecuencia de cada variable se calculó y las diferencias entre grupos se pusieron a prueba para significación estadística usando un test de Chi cuadrado bilateral o test exacto de Fisher bilateral dependiendo del número de respuestas esperadas. Las respuestas se analizaron por región geográfica, tal como ha sido definido por la OMS, [12] y por estado de desarrollo, tal como ha sido definido por las Naciones Unidas [14].

Dado que las tasas calculadas podían resultar afectadas de forma adversa suponiendo que una falta de respuesta a una pregunta significaba un negativo, donde faltaban datos, el país no fue incluido en los cálculos finales de tasas. Por lo tanto, los denominadores para cada tasa notificada variaban dependiendo del número de respuestas del país.

A través de un análisis informal, los autores desarrollaron una lista de indicadores de mejores prácticas para identificar ITAG nacionales que funcionen bien, en base a su experiencia trabajando en el tema. Dado que las características y métodos de funcionamiento del ITAG dependen del contexto de un país, esto se tuvo en consideración cuando se creó la lista.

El primer indicador era que el ITAG nacional había creado términos de referencia formales para garantizar que los métodos de funcionamiento del grupo habían sido consensuados formalmente, eran coherentes y transparentes. Otro indicador era que el ITAG

contaba con un mandato legislativo o administrativo reconocido por el gobierno. Esta legislación, ya sea una ley, decreto, directiva ministerial u otra, reconoce formalmente el establecimiento del grupo y perfila en general su papel en el asesoramiento al gobierno.

El tercer indicador de mejores prácticas era que al menos cinco áreas de especialización estaban representados en el ITAG para garantizar representación multidisciplinaria. Esto facilita un completo análisis de cada tema y garantiza que las perspectivas de diversas disciplinas están consideradas. Garantiza una capacidad técnica adecuada para tomar decisiones basadas en la evidencia responsables.

Otro indicador usado era que el ITAG se reunía al menos una vez al año. Esto garantiza que el ITAG es activo y se reúne frecuentemente para debatir problemas actuales y garantiza que el calendario de vacunas para el país es adecuado. Otro criterio era que se distribuyó una agenda antes de la reunión para permitir un debate informado entre los miembros.

El indicador de mejores prácticas final era que a los miembros se les exigió declarar conflictos de intereses para incrementar la probabilidad de que los miembros sean independientes y actúen por iniciativa propia. Esto contribuye a un proceso de desarrollo de políticas transparente y creíble.

3. Resultados

3.1. Tasa de respuestas

En total, de los 193 países seleccionables para los dos cuestionarios, 147 (76%) respondieron. La tasa de respuestas al cuestionario mundial era del 71% (100 de 140 países valorados) mientras que la del cuestionario europeo era del 89% (47 de 53 países) [13]. Las regiones del sudeste asiático y mediterránea oriental tenían las tasas de respuestas más altas (91%, 10 de 11 y 19 de 21 estados miembros, respectivamente). En cambio, la región del pacífico occidental tenía la más baja en el 41% (11 de 27 estados miembros).

El veintiuno por ciento ($n = 31$ de 147) de los países encuestados eran países desarrollados, el 12% ($n = 17$) eran economías en transición, el 42% ($n = 62$) eran países en desarrollo y el 25% ($n = 37$) eran países subdesarrollados.

3.2. Presencia de ITAG

La presencia de un ITAG nacional fue notificada por el 61% ($n = 89$ de 147) de los países que respondieron. La región del Pacífico occidental y la región europea notificaron la proporción más elevada de países con un ITAG nacional (73%, $n = 8$ de 11; 72%, $n = 34$ de 47 [13]) mientras que la región africana notificó la proporción más baja (32%, $n = 11$ de 34). Ninguno de los encuestados notificó que un ITAG nacional había existido pero se había disuelto.

Los países desarrollados tenían la tasa notificada más elevada de ITAG nacionales (94%, $n = 29$) seguidos por los países en desarrollo (69%, $n = 43$), países con economías en transición (35%, $n = 6$) y países subdesarrollados (30%, $n = 11$).

3.3. Características de los ITAG

Los ITAG más antiguos se establecieron en el Reino Unido en 1963 y en Canadá y los Estados Unidos de América en 1964. La mediana y la moda del año de establecimiento notificado era 2000 con 12 ITAG siendo establecidos en ese año.

El mandato notificado de ITAG variaba ligeramente, pero en general era asesorar al gobierno sobre problemas técnicos relacionados con programas nacionales de inmunización tales como recomendaciones sobre el uso de vacunas. Algunos países indicaron que sus ITAG eran responsables de monitorizar acontecimientos adversos, así como proporcionar asesoramiento durante brotes de enfermedad.

Al revisar, las funciones habituales de ITAG, excluyendo la región europea, eran proporcionar orientación sobre problemas de calidad y seguridad de vacunas (95%, $n = 52$ de 55) y en el establecimiento de políticas y estrategias de inmunización (87%, $n = 48$ de 55). Muchos ITAG también notificaron evaluar nuevas vacunas (78%, $n = 43$ de 55) o evaluar nuevas tecnologías de inmunización (69%, $n = 38$ de 55). Promover seguridad de vacunas regional y nacional era una función del 62% ($n = 34$ de 55) de los ITAG nacionales mientras que el 49% ($n = 27$ de 55) informaban al gobierno de las necesidades de la sanidad pública en enfermedades prevenibles con vacunas. Otras funciones fueron notificadas por el 18% ($n = 10$ de 55) de los ITAG incluyendo: financiar actividades de inmunización, formación en áreas de vacunación, investigación de acontecimientos adversos, asesoramiento al gobierno sobre vigilancia de la inmunización, asesoramiento al gobierno en el caso de un brote de una enfermedad prevenible con vacunas, llevar a cabo campañas de inmunización y programas de concienciación sanitaria, y determinar agendas de investigación sobre inmunización a largo plazo.

Muchos ITAG nacionales notificaron tener términos de referencia formales (68%, $n = 57$ de 84) y unos pocos más notificaron tener mandatos legislativos o administrativos tales como leyes, decretos o directivas ministeriales que reconocen el establecimiento del ITAG (73%, $n = 61$ de 82). Un mandato administrativo, tal como un decreto o una directiva ministerial del Ministerio de Sanidad, era notificado más habitualmente que un mandato legislativo.

3.4. Afiliación de los ITAG

El número mediano de miembros fundamentales del ITAG era de 12 con 2–10 (mediana de 7) profesiones o áreas de especialización representadas. Globalmente, el área de especialización notificada más habitualmente era la salud pública ($n = 83$ de 88, 94%) seguida por pediatría ($n = 80$ de 88, 91%) y epidemiología ($n = 78$ de 88, 89%). La mayoría de los países también notificaron la presencia de expertos en enfermedades infecciosas ($n = 68$ de 88), facultativos (distintos de pediatras) ($n = 60$ de 88), inmunólogos ($n = 58$ de 88) y microbiólogos médicos* ($n = 29$ de 54) en sus ITAG nacionales. Expertos/logistas de la cadena de frío ($n = 25$ de 54, 46%)* también eran miembros relativamente habituales de los ITAG nacionales. Solamente 24 de 88 (27%) países notificaron la presencia de un economista sanitario en su ITAG nacional. Menos del 20% de los ITAG tenían representantes del sector público*, creadores de modelos estadísticos* o sociólogos* como miembros. Aproximadamente la mitad ($n = 42$ de 88, 48%) de los países notificaron la presencia de expertos en áreas diferentes de las enumeradas. Los más habituales incluían investigación científica, enfermería, farmacia, directores de programa de inmunización y autoridades reguladoras de medicamentos.

Los métodos de selección del presidente del ITAG variaban por país. La respuesta más habitual era que el presidente se seleccionaba en vista de su cargo en el gobierno (26%, $n = 14$ de 54)* o era propuesto por el Ministro o el Ministerio de Sanidad (24%, $n = 13$ de 54)*. El presidente era seleccionado por los miembros del ITAG nacional en el 20% ($n = 11$ de 54)* de los ITAG.

Miembros ex officio fueron notificados por el 45% ($n = 39$ de 87) de los ITAG nacionales y miembros de enlace fueron notificados por el 53% ($n = 46$ de 86). Los dos cuestionarios revelaron que el 39% ($n = 33$ de 84) de los ITAG exigían a los miembros que declararan potenciales conflictos de intereses.

3.5. Procesos de toma de decisiones para la expedición de recomendaciones

Los países notificaron que los ITAG tienen en consideración muchos factores cuando realizan recomendaciones (Tabla 1). Se notificó que todos los ITAG consideran la seguridad de la vacuna y todos excepto uno consideran la carga nacional de la enfermedad cuando se realizan recomendaciones. El cuestionario mundial descubrió que casi todos los

Tabla 1

Factores considerados cuando el ITAG nacional realiza recomendaciones.

	Factor considerado, n (%)
Ambos cuestionarios, $N = 88$	
Seguridad de la vacuna	88 (100)
Carga de la enfermedad en el país de origen	87 (99)
Salud pública/epidemiología	84 (95)
Aspectos financieros	80 (91)
Percepción pública de la enfermedad	52 (59)
Recomendaciones de ITAG en otros países	48 (55)
Cuestionario mundial solamente, $N = 54$	
Eficacia de la vacuna	53 (98)
Impacto económico de la enfermedad	46 (85)
Prioridad de la vacuna con respecto a otras enfermedades prevenibles con vacunas	42 (78)
Prioridad de la vacuna con respecto a todas las demás posibles intervenciones sanitarias	37 (69)
Vía de administración de la vacuna	33 (61)
Facilidad de distribución de la vacuna	31 (57)
Acciones en otros países	27 (50)
Carga de la enfermedad en otros países	24 (44)
Cuestionario europeo solamente, $N = 34$	
Gravedad de la enfermedad prevenida	34 (100)
Suministro de vacunas adecuado	32 (94)
Inclusión de la vacuna en un programa expandido sobre inmunizaciones	26 (76)
Cuestionarios mundial y europeo, $N = 88$	
Otros	20 (23)

países consideraban la eficacia de la vacuna (98%, $n = 53$ de 54)* mientras que más del 80% consideraban aspectos financieros de la vacuna (tales como rentabilidad o relación costes-beneficios) y el impacto económico* como un factor.

Los factores considerados por los ITAG nacionales cuando se realizan recomendaciones, además de los anteriores, incluían el adecuado suministro de la vacuna, la viabilidad del programa, las recomendaciones de la OMS, sostenibilidad, capacidad de alcanzar una elevada cobertura y alineamiento con objetivos sanitarios globales.

Los países notificaron que los ITAG usan muchas fuentes de información cuando realizan recomendaciones (Tabla 2) tales como informes detallados sobre la situación de vacunas de la OMS, recomendaciones o documentos técnicos de la OMS*, datos publicados o artículos de revistas y datos de vigilancia*, todos notificados por más del 80% de los ITAG. Solamente cuatro países (5%) no notificaron el uso de informes detallados sobre la situación de vacunas, recomendaciones o documentos técnicos de la OMS como fuentes de información, mientras que 42 de 54 países (78%)* notificaron que sus ITAG usan los tres.

Los países también notificaron usar datos no publicados, evaluaciones de tecnología sanitaria, ponencias, libros sobre vacunas, recomendaciones de ITAG en otros países y recomendaciones de sociedades profesionales nacionales como fuentes de información.

Tabla 2

Fuentes de información usadas por ITAG nacionales para conformar recomendaciones.

	Fuente usada, n (%)
Ambos cuestionarios, $N = 88$	
Informes detallados de situación de la OMS	78 (89)
Datos publicados y artículos de revista	77 (88)
Documentos farmacéuticos	61 (69)
Informes gubernamentales	60 (68)
Cuestionario mundial solamente, $N = 54$	
Recomendaciones o documentos técnicos de la OMS	50 (93)
Datos de vigilancia	45 (83)
Opinión de expertos	42 (78)
Consultas con grupos de trabajo	37 (69)
Documentos de ITAG regionales	36 (67)
Cuestionarios mundial y europeo, $N = 88$	
Otros	15 (17)

* Excluye la región europea.

Tabla 3

Componentes de un ITAG nacional que funciona bien y número de países que cumplían los criterios (de los 89 países que notificaron la existencia de un ITAG activo).

Criterios	Número de países, n (%)
ITAG con términos de referencia formales.	57 (64%)
Base legislativa o administrativa para el ITAG.	61 (69%)
Al menos cinco áreas de especialización representadas en el ITAG.	78 (88%)
El ITAG se ha reunido al menos una vez en 2006 y una vez en 2007 (siempre que estuvieran establecidos en estos 2 años).	76 (85%)
Agenda distribuida a los miembros antes de las reuniones del ITAG.	86 (97%)
Los miembros del ITAG deben declarar conflictos de intereses.	33 (37%)
Se cumplen los seis indicadores anteriores.	23 (26%)

3.6. Mejores prácticas

Entre 33 y 86 países cumplían cada indicador del proceso, con solamente 23 de los 89 países con ITAG nacionales cumpliendo los seis indicadores del proceso de ITAG que funcionan bien (Tabla 3): tenían términos de referencia formales, tenían mandatos legislativos o administrativos, tenían al menos cinco áreas de especialización representadas en el grupo, se reunieron al menos una vez en 2006 y en 2007, distribuían la agenda a los miembros antes de las reuniones y exigían que los miembros declararan conflictos de intereses. La mayoría de estos países eran países desarrollados ubicados en la región europea.

4. Comentario

Aunque los ITAG en Canadá, el RU y los EE. UU., llevan existiendo durante más de 40 años, es únicamente en la última década cuando se han creado la mayoría ($n = 50$) de los ITAG nacionales, reflejando el creciente interés y el valor observado en la presencia de estos grupos. El valor de estos grupos también está demostrado por los 89 ITAG notificados que existen en todo el mundo y porque no hay ningún ITAG nacional conocido que haya sido creado y posteriormente haya sido disuelto, lo que sugiere que los ITAG prestan un importante servicio.

Veintitrés de 147 países encuestados cumplían los seis indicadores del proceso identificados por los autores para el funcionamiento adecuado de un ITAG nacional establecido, demostrando de este modo que los indicadores son alcanzables. El cumplimiento de todos los criterios no implica necesariamente que estos ITAG funcionan eficazmente o que otros ITAG no son eficaces – cada ITAG tiene fortalezas y debilidades. Sin embargo, estos ITAG poseen lo creemos que son los criterios mínimos requeridos de un ITAG ideal.

La validez de las respuestas en esta encuesta se desconoce. Cuando se comparó con una revisión sistemática sobre el mismo tema [2], 12 de los 14 países que notificaron tener ITAG nacionales eran coherentes en sus respuestas a la encuesta. Uno de los países notificó erróneamente la presencia de un ITAG en la encuesta pero este grupo está dentro del gobierno nacional [15] y por tanto no fue considerado un ITAG nacional independiente por los autores. La razón para el otro caso contradictorio, donde la revisión sistemática notificó un ITAG nacional pero la respuesta a la encuesta indicaba lo contrario, se desconoce.

De los 12 países que notificaron tener un ITAG nacional en la revisión sistemática y también notificaron la presencia de un ITAG nacional en el cuestionario, la gran mayoría de la información que se encontró en la revisión sistemática fue confirmada por las respuestas en el cuestionario. Una excepción era el número de miembros notificado que podía haberse debido a cambios en la afiliación entre la fecha de publicación de las fuentes y el momento en el que la encuesta se completó.

La principal limitación de este estudio es la recopilación de datos a través de dos cuestionarios diferentes, debido a la exclusión de la

región europea de la encuesta mundial. La información de la región europea está más limitada y, por lo tanto, no podía agregarse con el resto de los datos para todos los criterios. Como resultado, no existen datos a nivel global disponibles para todos los temas abordados, lo que excluye una representación global de muchas de las características de los ITAG nacionales, como se planificó originalmente. Otra limitación es el potencial de que las preguntas o respuestas fueran malinterpretadas en la traducción. Se produjo al menos una traducción imprecisa al español que dio como resultado datos faltantes para la pregunta prevista de 12 países. Finalmente, la información se recopiló mediante autoinforme y, por lo tanto, puede no haber reflejado la práctica real.

Aunque los ITAG nacionales parecen estar valorados y tener una fuerte presencia global, la credibilidad del grupo se basa en una auténtica independencia del gobierno. En algunos ITAG, parece haber un solapamiento entre los empleados gubernamentales y los miembros fundamentales. Aunque es importante tener una estrecha relación entre el gobierno, que es generalmente responsable de la política de inmunización final y su implementación, y el ITAG nacional, es crucial que los representantes gubernamentales no sean miembros fundamentales del grupo que participan en la realización de recomendaciones finales, para mantener la independencia y credibilidad del ITAG.

Existe una necesidad de definiciones claras y directrices generales sobre ITAG nacionales que perfilen sus mandatos y ejemplos de modos de funcionamiento ideales. Los descubrimientos de esta encuesta apoyan la necesidad del desarrollo de las mejores prácticas para ITAG nacionales que deberían basarse idealmente en evaluación científica de ITAG existentes para guiar el establecimiento y la mejora de ITAG nacionales. La evaluación de ITAG existentes y sus resultados debería llevarse a cabo para proporcionar evidencias en apoyo de estos grupos y modos operativos variables.

Como ejemplo de las mejores prácticas para ITAG nacionales, este artículo perfiló una lista de seis criterios para evaluar ITAG nacionales. Una crítica de los criterios podía ser el enfoque en los indicadores del proceso y la falta de mediciones de resultados. Los indicadores de las mejores prácticas alternativos de ITAG nacionales pueden ser más importantes o apropiados pero, dado que la naturaleza de la información recopilada a través de este proyecto estaba relacionada con el proceso, es lógico haber empezado con indicadores del proceso. El desarrollo de indicadores de resultados emparejados con procesos de elaboración de políticas sobre inmunización sería ideal, sin embargo esto podría ser un desafío dado que una política exitosa en un país puede no ser exitosa o apropiada en otros países. La idoneidad y el éxito de las políticas depende en gran medida del contexto del país y su perfil epidemiológico, así como de su situación financiera.

Este artículo proporciona información de referencia que podría usarse para guiar el debate internacional con el objetivo de alcanzar un consenso global sobre los indicadores de mejores prácticas para ITAG nacionales. Esta información podría ser difundida a continuación por la OMS y ofrecería orientación a países que establecen ITAG nacionales, así como ayudaría a fortalecer los ya existentes. Diversas iniciativas de la OMS están en curso para reforzar los ITAG nacionales. Las oficinas regionales de la OMS también se están implicando, muchas redactando directrices sobre el establecimiento, funcionamiento y términos de referencia de ITAG nacionales en el contexto de su región específica [1]. Existe una iniciativa en la región europea que pretende difundir el conocimiento y las mejores prácticas sobre inmunización y ofrece una plataforma para compartir información [16]. Actualmente existen 29 países, en su mayoría miembros de la Unión Europea, que participan en esta iniciativa [16].

En resumen, este artículo proporciona una visión general global de los Grupos de Asesoramiento Técnico sobre Inmunización – un tema con poca bibliografía publicada anteriormente. Ésta es la primera recopilación conocida de información global sobre ITAG. Proporciona un punto de partida con información básica sobre el funcionamiento de

estos grupos y alienta futuros esfuerzos para abordar lagunas del conocimiento y la investigación en este área.

Agradecimientos

Desearíamos agradecer al Dr. Gary Freed por su colaboración y por compartir datos no publicados de la encuesta de la región europea. También desearíamos agradecer al Dr. Noni MacDonald por sus correcciones y perspicaces comentarios sobre los borradores. Agradecemos al personal en las oficinas regionales de la OMS y el personal de apoyo del país por su colaboración en la distribución de la encuesta. También desearíamos agradecer a todos los países que completaron la encuesta.

El apoyo financiero fue proporcionado por la Fundación de Bill & Melinda Gates.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud. National immunization technical advisory group (ITAG): guidance for their establishment and functioning, http://www.who.int/immunization/sage/National_TAG_guidelines_23_de_septiembre_de_2008.pdf; 2008 [consultado el 05.02.2010].
- [2] Bryson M, Duclos P, Jolly A, Bryson J. A systematic review of national immunization policy making processes. *Vaccine* 2010; 28 (Supl. 1): A6–12.
- [3] Gobierno australiano. Departamento de salud y envejecimiento Australian technical advisory group on immunisation (ATAGI), <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/content/advisory-bodies>; 2008 [consultado el 05.02.2010].
- [4] Agencia de Salud Pública de Canadá. National advisory committee on immunization (NACI). <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-eng.php>; 2008 [consultado el 05.02.2010].
- [5] Departamento de Sanidad. Joint committee on vaccination and immunisation, <http://www.dh.gov.uk/ab/jcvi/index.htm>; 2002 [consultado el 05.02.2010].
- [6] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Vaccines & immunizations – recommendations and guidelines: advisory committee on immunization practices (ACIP), <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/default.htm>; 2008 [consultado el 05.02.2010].
- [7] Organización Mundial de la Salud. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization, <http://www.who.int/immunization/sage/en/>; 2009 [consultado el 05.02.2010].
- [8] Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para Europa. The European Technical Advisory Group of Experts on Immunization (ETAGE), <http://www.euro.who.int/vaccine/20081222/>; 2008 [consultado el 05.02.2010].
- [9] Organización Panamericana de la Salud. Technical Advisory Group, http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/EPI_TAG.htm; 2006 [consultado el 05.02.2010].
- [10] Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, Noviembre de 2008 – conclusiones y recomendaciones. *Week Epidemiol Rec* 2009;84; 1–16.
- [11] Bryson M, Duclos P, Jolly A. Global level immunization policy making processes [sin publicar]; 2008.
- [12] Organización Mundial de la Salud. Countries, <http://www.who.int/countries/en/index.html>; 2008 [consultado el 05.02.2010].
- [13] Andreae MC, Switalski K, Abraham L, Freed GL. National immunization advisory committees of the World Health Organization's European Region. *Vaccine* 2009;27:3131–6.
- [14] Naciones Unidas. The world economic and social survey: 2007, <http://www.un.org/esa/policy/wess/>; 2007 [consultado el 05.02.2010].
- [15] Freed GL. The structure and function of immunization advisory committees in Western Europe. *Hum Vaccin* 2008;4:292–7.
- [16] VENICE: vaccine European new integrated collaboration effort, <http://venice.test.cineca.it/index.html>; 2008 [consultado el 05.02.2010].