



POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026

**El cumplimiento
de una promesa**





POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026

El cumplimiento
de una promesa



Estrategia de erradicación de la Poliomielitis 2022–2026: el cumplimiento de una promesa [Polio Eradication Strategy 2022–2026: delivering on a promise]

ISBN 978-92-4-003536-2 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-003537-9 (versión impresa)

Publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en nombre de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP).

© Organización Mundial de la Salud 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Estrategia de erradicación de la Poliomielitis 2022–2026: el cumplimiento de una promesa [Polio Eradication Strategy 2022–2026: delivering on a promise]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento refleja las contribuciones dimanantes de un proceso dirigido por los organismos asociados a la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis: Rotary International, la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Fundación Bill y Melinda Gates, y Gavi, la Alianza para las Vacunas.

Diseño y maquetación por Evalueserve.

Fotografía de la portada: UNICEF Pakistán / Syed Mehdi Bukhari

ÍNDICE

Prólogo	iv
Nota de agradecimiento	vi
Acrónimos y abreviaturas	vii
Resumen	viii
Panorama general	1
Objetivo 1: Detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los países en los que la enfermedad es endémica	7
Contexto epidemiológico.....	7
Desafíos actuales.....	7
Ruta para detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los países en los que la enfermedad es endémica.....	8
1. Crear un sentido de urgencia y rendición de cuentas mediante actividades de promoción con el fin de generar una mayor voluntad política.....	10
2. Propiciar la aceptación de las vacunas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto.....	12
3. Aumentar los éxitos en primera línea mediante modificaciones a las operaciones de campaña.....	14
4. Acelerar la consecución de avances mediante la intensificación de las labores de integración y la celebración de alianzas unificadas.....	15
5. Reforzar las labores de detección y respuesta mediante un sistema de vigilancia sensible.....	17
Objetivo 2: Detener la transmisión de cVDPV e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica	19
Contexto epidemiológico.....	19
Desafíos actuales.....	19
Ruta para detener la transmisión de cVDPV2 e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica.....	20
1. Crear un sentido de urgencia y rendición de cuentas mediante actividades de promoción con el fin de generar una mayor voluntad política.....	21
2. Reforzar las labores de detección y respuesta mediante un sistema de vigilancia sensible.....	22
3. Aumentar los éxitos en primera línea mediante modificaciones a las operaciones de respuesta ante brotes epidémicos.....	24
4. Propiciar la aceptación de las vacunas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto.....	27
5. Acelerar la consecución de avances mediante la intensificación de las labores de integración y la celebración de alianzas unificadas.....	29
Entorno propicio	31
1. Estructura de la IEMP.....	31
2. Igualdad de género.....	32
3. Comunicaciones.....	33
4. Suministro de vacunas.....	34
5. Investigación.....	36
6. Marco de seguimiento y evaluación.....	36
7. Financiación y cálculo de costes.....	38
Preparación para el mundo posterior a la certificación	40
Contención de los poliovirus.....	41
Retirada de la OPV.....	42
Anexos	43
Anexo A. Lista de consulta de las partes interesadas.....	43
Anexo B. Situación epidemiológica actual.....	44
Anexo C. Agenda de Inmunización 2030.....	46
Anexo D. Integración.....	47
Anexo E. Riesgos.....	50
Anexo F. Objetivos estratégicos e indicadores clave del desempeño.....	54
Anexo G. Planificación para casos de emergencia relacionados con la nOPV2.....	58
Anexo H. Examen de la gestión.....	60
Anexo I. Incorporación de la perspectiva de género.....	62
Anexo J. investigación y desarrollo.....	63
Anexo K. Actualización de la contención de la poliomielitis.....	66

PRÓLOGO

La promesa de lograr un mundo sin poliomielitis ha sido el motor que ha impulsado la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP), y ha contribuido a lograr avances fundamentales en materia de salud en los últimos tres decenios. De hecho, antes de que apareciera la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), para muchos la erradicación de la poliomielitis constituía un símbolo de lo que el mundo podía lograr al unir fuerzas para salvaguardar y promover la salud de todos los niños.

Conforme el mundo y, especialmente, los sistemas de salud de los países se adaptaban para hacer frente a una nueva amenaza para la salud mundial, es decir, la COVID-19, la IEMP comenzó a realizar un examen intensivo con el fin de reconocer los obstáculos para la erradicación de la enfermedad y diseñar una nueva estrategia para cumplir la promesa de lograr un mundo sin poliomielitis. La complejidad de la tarea aumentó a medida que, en el marco del programa, fue necesario hacer una lista de los desafíos que se habían enfrentado durante los años que antecedieron a la COVID-19 y concretar soluciones que funcionaran en un mundo que quizás habría cambiado para siempre tras la COVID-19. Sin lugar a dudas, el mayor activo para esa labor fueron las más de 300 partes interesadas que, mediante entrevistas, talleres y revisiones, proporcionaron conocimientos y perspectivas sobre el terreno nuevo y desconocido de la erradicación de la poliomielitis, al tiempo que mitigaron los riesgos y dieron respuesta a las necesidades derivadas de una pandemia mundial.



En los últimos meses, ha quedado claro que si se pretende que la IEMP vuelva a estar en curso de erradicar la poliomielitis es necesario actuar con la celeridad propia de las emergencias y, al mismo tiempo, aumentar la transparencia en el marco de las alianzas colectivas, responder mejor a las necesidades intersectoriales de las comunidades afectadas, acoger con mayor entusiasmo la participación de los ámbitos de especialización transversales y aumentar la integración con los programas sociales y de salud en los que se llevan a cabo intervenciones esenciales para las poblaciones vulnerables.

En la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** se reflejan el tipo de enfoques integrados que deben aplicarse para cumplir la promesa de erradicar la poliomielitis.

Consideramos que, a través de esta nueva estrategia, la IEMP ha planteado una nueva relación con los gobiernos, ha fortalecido su compromiso con las comunidades afectadas por la poliomielitis, ha efectuado cambios con el fin de empoderar y salvaguardar a los trabajadores de primera línea, y ha ampliado sus alianzas con el fin de lograr una mayor repercusión sobre las regiones geográficas prioritarias en la lucha contra la poliomielitis, al tiempo que ha implementado innovaciones clave que mejorarán las actividades de detección y respuesta. En la estrategia también se establecen objetivos definidos para fortalecer la perspectiva de género del programa, en reconocimiento de que se lograrán más avances en aras de la erradicación de la poliomielitis en la medida en la que la participación de las mujeres y su empoderamiento aumenten y se conviertan en una piedra angular de las labores de la IEMP, como se detalla en la *Estrategia de Igualdad de Género*. En mayor consonancia con la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030) y el plan estratégico de Gavi, la Alianza para las Vacunas (Gavi 5.0), en la nueva estrategia se plantea un enfoque de vacunación más integral; además, se comparten con la AI2030 los principios de centrarse en las personas, adoptarse por los países, basarse en alianzas y orientarse sobre la base de datos.

Habida cuenta de que ya se dispone de una versión actualizada de la estrategia y existe una senda bien definida para erradicar la poliomielitis, debemos acelerar la consecución de avances conforme entramos al periodo 2022–2026. En el marco del proceso de consultas las partes interesadas se expresaron con claridad sobre el desafío al afirmar: «Llegó el momento de hacer no solamente las cosas buenas o las difíciles, sino las muy difíciles.»

En nuestra calidad de miembros del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis (CSP), unimos fuerzas con la alianza más amplia para expresar nuestro compromiso con que exista una mayor rendición de cuentas en la senda hacia la erradicación de la poliomielitis. En las reuniones que celebraremos los miembros del CSP examinarán de manera periódica el nuevo marco para el seguimiento, la evaluación y la gestión de riesgos de la estrategia. Deseamos manifestarles nuestra solidaridad y que estamos redoblando esfuerzos para erradicar la poliomielitis.

Si trabajamos de consuno y en estrecha colaboración con los países afectados podemos recuperar el terreno que hemos perdido frente a la poliomielitis durante la pandemia de COVID-19, al tiempo que continuamos aprovechando la infraestructura del programa para prestar asistencia a los sistemas de salud frágiles. Incluso si la COVID-19 sigue suponiendo desafíos para los programas de salud en todo el mundo, consideramos que existe una oportunidad de retomar con mayor ahínco las labores orientadas a lograr que en el mundo haya más salud y equidad, lo que incluye erradicar una de las enfermedades infecciosas más crueles y, por consiguiente, garantizar que la poliomielitis ya no sea una amenaza para los niños y las familias de todo el mundo.

El Consejo de Supervisión de la Poliomielitis de la IEMP



Chris Elias

*Presidente de la División de Desarrollo Mundial de Fundación Bill y Melinda Gates
Presidente del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis para 2021*



Mike McGovern

Presidente del Comité Internacional PolioPlus, Rotary International



Seth Berkley

Director Ejecutivo de Gavi, la Alianza para las Vacunas



Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General de la OMS



Henrietta Fore

Directora Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)



Rochelle Walensky

Directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC)

NOTA DE AGRADECIMIENTO

En el marco de la elaboración del documento titulado « Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026: el cumplimiento de una promesa», la IEMP congregó a un amplio conjunto de partes interesadas. El proceso de participación contó con las generosas aportaciones de equipos en los países, gobiernos nacionales, donantes y más de 40 grupos de expertos externos e internos, muchos de los cuales alentaron a la alianza para que adoptara un enfoque más integral para erradicar la poliomielitis (véase el **anexo A**). Las aportaciones de todos los participantes dieron lugar a una estrategia que tiene por objeto superar los desafíos pendientes mediante el reconocimiento de que la erradicación de la poliomielitis depende de una gama de asociados y distintos agentes.

Por las inestimables aportaciones que han hecho a la salud mundial al vacunar a los niños y prestar servicios de salud a sus comunidades, la IEMP dedica la presente estrategia a los trabajadores de primera línea y, especialmente, al personal que ha fallecido. La estrategia también tiene dedicatoria para los niños, los adolescentes y los adultos que se han visto afectados por la poliomielitis y para los defensores que han padecido poliomielitis que han utilizado su voz y experiencia para desempeñar un papel fundamental en las labores de erradicación de la enfermedad.



■ ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AI2030	Agenda de Inmunización 2030	mOPV3	vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 3
ARNm	ácido ribonucleico mensajero	nOPV1	nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 1
bOPV	vacuna antipoliomielítica oral bivalente	nOPV2	nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2
COVID-19	enfermedad por el coronavirus de 2019	nOPV3	nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 3
CSP	Consejo de Supervisión de la Poliomielitis	OMS	Organización Mundial de la Salud
cVDPV	poliovirus circulante de origen vacunal	ONG	organización no gubernamental
cVDPV1	poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 1	OPV	vacuna antipoliomielítica oral
cVDPV2	poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2	OPV2	vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2
cVDPV3	poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 3	PAI	Programa Ampliado de Inmunización
GAPIII	Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral, tercera edición	RSI	Reglamento Sanitario Internacional
I+D	investigación y desarrollo	SAGE	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización
IEMP	Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis	tOPV	vacuna antipoliomielítica oral trivalente
IPV	vacuna con poliovirus inactivados	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
mOPV1	vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1	VDPV	poliovirus de origen vacunal
mOPV2	vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2	VDPV1	poliovirus de origen vacunal de tipo 1
		VDPV2	poliovirus de origen vacunal de tipo 2
		WPV	poliovirus silvestre
		WPV1	poliovirus silvestre de tipo 1
		WPV2	poliovirus silvestre de tipo 2
		WPV3	poliovirus silvestre de tipo 3

RESUMEN

Durante el último decenio, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis hizo avances constantes en la senda hacia la erradicación de la poliomielitis. En 2015 y 2019, respectivamente, se declaró que los poliovirus silvestres de los tipos 2 y 3 se habían erradicado; en 2014 se declaró que en la Región de Asia Sudoriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya no había poliovirus; y, más recientemente, en agosto de 2020 se certificó que en la Región de África de la OMS ya no había poliovirus silvestres (WPV). Sin embargo, las últimas etapas de la erradicación han resultado las más difíciles.

Actualmente la IEMP se enfrenta a desafíos programáticos y epidemiológicos que exigen nuevos enfoques para que la alianza y los países afectados actúen con el ritmo propio de las emergencias (véase el **anexo B**). Con el fin de lograr un mundo sin poliomielitis, en la IEMP se ha reformulado la hoja de ruta de la última etapa con un llamamiento urgente a la responsabilidad colectiva y la rendición de cuentas en toda la alianza que conforma la IEMP y los gobiernos, las comunidades y todas las demás partes interesadas.

En la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** se ofrece un conjunto integral de acciones que colocarán a la IEMP en posición de cumplir una promesa que unió al mundo en el compromiso colectivo de erradicar la poliomielitis. Esas medidas, muchas de las cuales ya están en marcha en 2021, fortalecerán y empoderarán a la IEMP para encarar los desafíos y lograr erradicar la poliomielitis del mundo y que se mantenga así.



La IEMP transformará su enfoque en cada región y país a través de cinco objetivos que se refuerzan mutuamente y que sientan las bases para lograr dos objetivos fundamentales: el objetivo 1 de detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los últimos países en los que el WPV es endémico, a saber, el Afganistán y el Pakistán, y el *objetivo 2* de detener la transmisión de poliovirus de origen vacunal (cVDPV) e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica.

Objetivos estratégicos



Crear un sentido de urgencia y rendición de cuentas con el fin de generar una mayor voluntad política mediante la reformulación de la relación de la IEMP con los gobiernos y la sistematización de la promoción política.



Propiciar la aceptación de las vacunas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto, ya que reduce el rechazo y aumenta el compromiso de la comunidad con la vacunación infantil.



Acelerar la consecución de avances mediante la intensificación de las labores de integración con una gama más amplia de asociados en materia de vacunación, atención de salud esencial y servicios comunitarios.



Aumentar los éxitos en primera línea mediante modificaciones a las operaciones de campaña y las operaciones de respuesta ante brotes epidémicos, incluido el reconocimiento y el empoderamiento del personal de primera línea.



Mejorar las labores de detección y respuesta a través de un sistema de vigilancia sensible que proporcione al programa información vital para la adopción de medidas.

Objetivo 1: Detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los países en los que la enfermedad es endémica

Con el fin de proteger la inversión que generaciones enteras han hecho en la erradicación de la poliomielitis, en el **objetivo 1** se ofrece una vía para detener de manera permanente toda la transmisión de poliovirus en el Afganistán y el Pakistán. La vía hacia la erradicación en los últimos países en los que la enfermedad es endémica conllevará:

- aumentar la voluntad política en todos los niveles de gobierno y con todos los agentes locales mediante el compromiso con el valor apolítico de la erradicación de la poliomielitis;
- forjar una alianza profunda y duradera con las comunidades marginadas, especialmente las que habitan los distritos en los que hay mayor riesgo de contraer poliomielitis;
- contar con un programa que funcione bien y que disponga de personal de primera línea adecuado y motivado que aplique vacunas de manera sistemática en todos los domicilios o en cada oportunidad que se presente en las zonas en las que no es posible acceder a los hogares;
- emplear un enfoque integrado de prestación de servicios en el que se dé prioridad a la vacunación esencial y a la prestación de otros servicios de salud (véase el **gráfico 1**); e
- invertir permanentemente en la calidad y la mejora de las actividades de vigilancia, y en las labores de detección oportuna.

En conjunto, esos enfoques aumentarán la eficacia de las operaciones del programa, cambiarán la forma en que el programa escucha a las comunidades y responde a sus necesidades, y aumentarán los compromisos de las partes interesadas locales, provinciales y nacionales con la erradicación de la poliomielitis.

Objetivo 2: Detener la transmisión de cVDPV e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica

Los brotes epidémicos de poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2 (cVDPV2) se han convertido en una preocupación mundial, ya que desde 2017 en el mundo se han registrado más casos anuales de cVDPV2 que de poliovirus silvestre de tipo 1 (WPV1). Aunque en los dos años anteriores la IEMP ha declarado que 27 brotes ya se han extinguido, la dimensión y la velocidad de propagación de la enfermedad constituyen un riesgo para la erradicación mundial de la poliomielitis. En ese contexto, en el **objetivo 2** se detallan estrategias y tácticas para que la IEMP y los países afectados actúen con el ritmo propio de las emergencias con el fin de detener la transmisión de cVDPV2. Además de mantener un sistema de vigilancia sensible para detectar y responder rápidamente a todos los poliovirus, en los nuevos enfoques para detener la transmisión de cVDPV2 se incluirán:

- actividades de promoción política coordinadas y específicas en los países en los que se produzcan brotes epidémicos, con el fin de vincular las actividades de preparación y respuesta ante brotes de poliomielitis con las prioridades sanitarias más amplias de los países;
- estructuras de mando de emergencia para responder en los planos nacional, regional y mundial y adoptar decisiones rápidamente durante las labores de detección de brotes epidémicos y las actividades de respuesta ante ellos;
- el fortalecimiento de la capacidad regional y nacional de apoyo a las actividades de vigilancia y respuesta ante brotes;
- la aplicación de la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 (nOPV2) con el fin de reducir al mínimo la siembra de brotes epidémicos, y otros nuevos instrumentos, enfoques y asociados con miras a mejorar las labores de vigilancia, la velocidad y la calidad de las actividades de respuesta ante los brotes, y la participación de la comunidad; y
- estrecha coordinación con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del país y los asociados esenciales en materia de vacunación con el fin de determinar las comunidades en las que la vacunación es insuficiente o nula en las regiones geográficas prioritarias para la lucha contra la poliomielitis (véase el **gráfico 1**)¹

Gráfico 1. Métodos de integración y esferas que abarca la Iniciativa

	Actividades de respuesta ante pandemias, incluida la prestación de apoyo a la aplicación de vacunas contra la COVID-19, en donde sea necesario aplicar la <i>Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis</i> .
	Prestación de servicios integrales en los distritos de alto riesgo del <i>Afganistán</i> .
	Prestación de servicios integrales para las comunidades prioritarias del <i>Pakistán</i> .
	Campañas de vacunación con varios antígenos para aumentar la inmunidad contra enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunación.
	Coordinación con Gavi y el Programa Ampliado de Inmunización por lo que respecta a la iniciativa de “dosis cero”, incluido lo referente a las actividades de respuesta ante brotes epidémicos.
	Aceleración de la transición de las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis en las zonas en las que las actividades de lucha contra la poliomielitis ya están incorporadas.

Fuente: OMS.

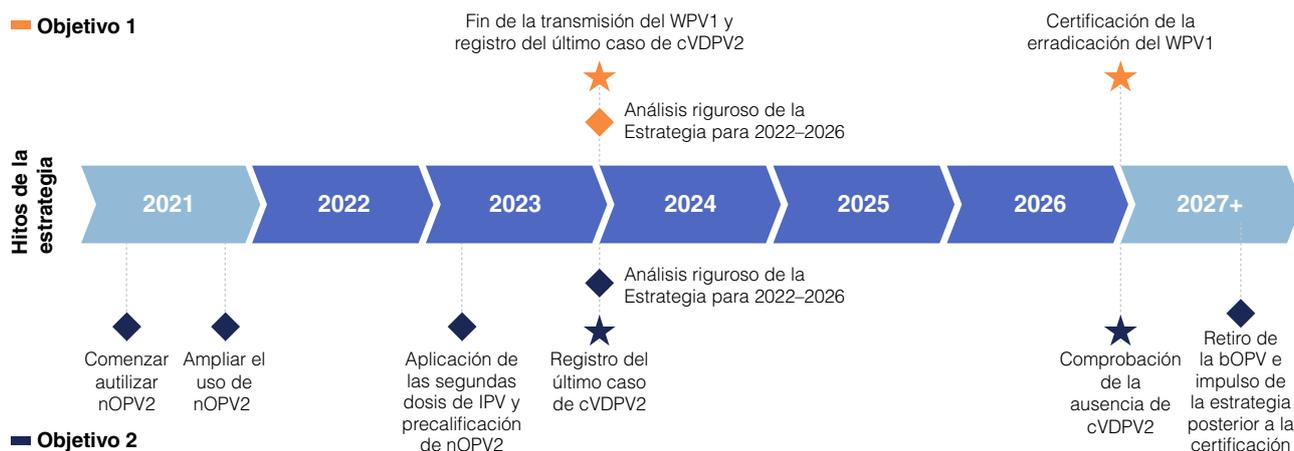
Hitos y criterios para el éxito

En la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** se han fijado criterios de referencia audaces con el fin de cuantificar la consecución de avances en aras de la erradicación (véase el **gráfico 2**). Debido a la incertidumbre sin precedentes a la que se enfrenta la alianza, el presente cronograma funciona como un instrumento de previsión del presupuesto y planificación y será objeto de evaluaciones periódicas, y está previsto que el programa se revise de manera exhaustiva en 2023. El logro de los últimos hitos para la certificación del freno de la transmisión de WPV1 y cVDPV2 pondrá en marcha la *Estrategia posterior a la certificación*,² para la cual han comenzado las labores con miras a establecer un sistema de vigilancia integrada a largo plazo de la poliomielitis, aumentar la capacidad de respuesta, fortalecer la vacunación fundamental e iniciar las labores de contención.

¹ Los «niños con cero dosis» son niños a los que no se les ha aplicado ninguna de las vacunas fundamentales, a menudo debido al debilitamiento de los sistemas de salud de los países. La prestación de ese tipo de atención a las comunidades desfavorecidas donde reside un gran número de «niños con cero dosis» constituye una oportunidad para colaborar con Gavi y aumentar la eficiencia de las intervenciones. Sírvase consultar: Gavi, la Alianza para las Vacunas; Etapa V de la estrategia (2012-2025). Ginebra: Gavi, la Alianza para las Vacunas; 2019 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025>, consultado el 9 de junio de 2021).

² Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Estrategia posterior a la certificación de la erradicación de la poliomielitis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>, consultado el 10 de junio de 2021).

Gráfico 2. Cronograma de 2021 a 2027 y más para la planificación y el presupuesto de la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026



bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; IPV = vacuna con poliovirus inactivados; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; WPV1 = poliovirus silvestre de tipo 1.

Fuente: OMS.

En la nueva estrategia también se incorpora un enfoque más integral y sistemático para el desempeño y la gestión de riesgos en todos los planos del programa. Con el fin de hacer un seguimiento de los progresos y efectuar ajustes frente a riesgos imprevistos, se ha elaborado una nueva matriz de supervisión y evaluación con hitos, resultados e indicadores clave del desempeño que ayudará a determinar las deficiencias de los programas de manera oportuna y a aplicar medidas correctivas y de mitigación, según proceda. En una lista de riesgos que figura por separado se cartografían las amenazas que entraña el éxito de la estrategia. Los responsables técnicos en el plano mundial examinarán periódicamente los indicadores y los resultados de seguimiento y evaluación, y el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis (CSP) analizará trimestralmente los hitos en función de los objetivos. A fin de reforzar las labores de vigilancia de la salud en el plano mundial, ese sistema de seguimiento y evaluación contribuye con el marco de seguimiento de la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030)³ y está en consonancia con él.

Alineación estratégica de la Agenda de Inmunización 2030

La AI2030 es una ambiciosa estrategia mundial de vacunación e inmunización respaldada por la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud y apoyada por asociados mundiales en materia de salud. Sobre la base de su predecesor, el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (PAMV) para una nueva década (2021-2030), en la AI2030 se respaldan los esfuerzos nacionales para mejorar los programas de vacunación y la atención primaria de salud (APS) como un medio para reducir y eliminar las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

En reconocimiento de la importancia fundamental que supone contar con programas de inmunización sólidos para alcanzar y mantener la erradicación de la poliomielitis, la IEMP contribuirá a las prioridades estratégicas de AI2030 (véase el **anexo C**). La armonía de los hitos y los parámetros de éxito de la IEMP con el marco del seguimiento y evaluación de la AI2030 incorporará a la IEMP en las labores de vigilancia de la salud en el plano mundial y contribuirá a la optimización de la cuantificación de resultados y la presentación de informes. Además, la IEMP formará parte de los mecanismos de responsabilidad y rendición de cuentas de la AI2030, incluido el Consejo de Asociación, que garantizará la consonancia y la rendición de cuentas conjunta con los asociados para la vacunación.

Como pilar central del éxito del programa, la rendición de cuentas se mantendrá mediante distintos mecanismos en los planos nacional y mundial que se refuerzan conjuntamente a través de la evaluación de órganos independientes, como las Juntas de Seguimiento Independientes, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (SAGE) y las comisiones de certificación mundiales y regionales. En última instancia, el programa de erradicación de la poliomielitis y sus asociados son responsables ante los niños del mundo de garantizar que gocen de plena protección y que ya no estén en riesgo de contraer esa enfermedad transmisible altamente infecciosa (véase el **pilar de rendición de cuentas** en la página siguiente).

³ Aplicación de la Agenda de Inmunización 2030: proyecto de marco de acción a través de planificación coordinada, seguimiento, evaluación, implicación, rendición de cuentas. División de la OMS de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos (IVB). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/implementing-the-immunization-agenda-2030>), consultado el 10 de junio de 2021.

Pilar de la rendición de cuentas

Órganos de los Estados Miembros

- Asamblea Mundial de la Salud
- Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional

Órganos independientes

- Juntas de Seguimiento Independiente
- Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico
- Comisiones mundiales y regionales de certificación

Programa mundial

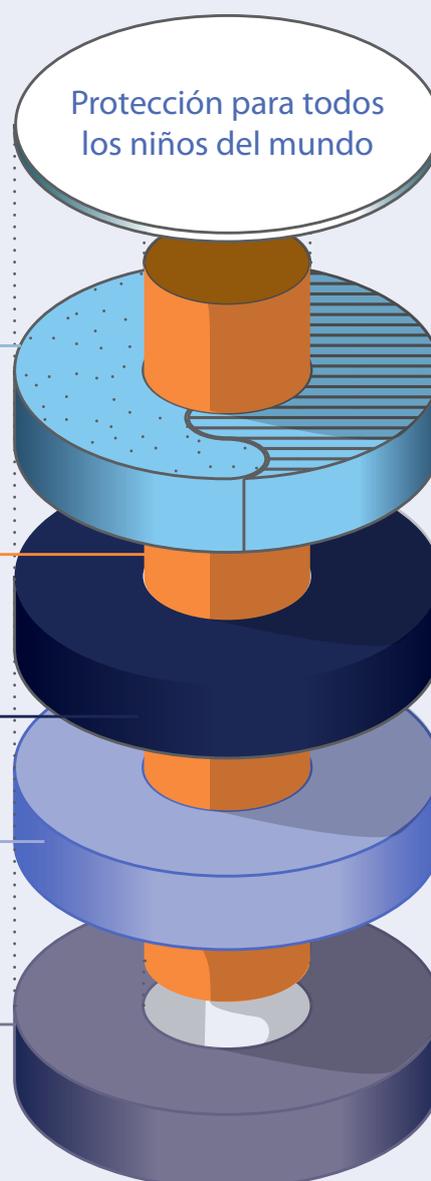
Marco de seguimiento y evaluación con indicadores clave del desempeño y gestión del riesgo

Programas en los países en los que la poliomielitis es endémica

Marcos que respaldan los Planes de Acción Nacional en caso de Emergencias

Programas en los países en los que la poliomielitis no es endémica

Marcos que respaldan las actividades de respuesta ante brotes epidémicos



Fuente: OMS.

Factores propicios

Para garantizar que la alianza sea idónea, la IEMP replanteará su estructura con el fin de fortalecer la rendición de cuentas y transferir más autoridad decisoria a las esferas en las que se implementan los programas: los planos nacional y provincial. Otros factores que contribuyen a crear un entorno propicio son los siguientes:

- optimizar las estructuras de gestión de la IEMP con el fin de promover la claridad de funciones y acelerar la adopción de decisiones;
- aplicar una perspectiva de igualdad de género a la ejecución de las actividades del programa;
- crear una estrategia de comunicación en la que se utilicen análisis de datos sociales y del comportamiento para aumentar la aceptación de las vacunas y reducir el riesgo al mínimo;
- garantizar que los mecanismos de suministro de vacunas sean sólidos y que no sean objeto de interrupciones;
- invertir en la investigación y el desarrollo (I+D) de nuevas innovaciones que fortalezcan las labores de erradicación de la poliomielitis;
- prepararse para los riesgos y responder a ellos mediante un marco de seguimiento; y
- dotar de recursos al programa mediante el cálculo de los costos y la financiación adecuados.

El camino a seguir

Los desafíos que entrañan los próximos cinco años requieren que los organismos de la IEMP, los gobiernos y las partes interesadas en los planos mundial, nacional y local asuman compromisos conjuntos. Una de las principales objetivos de la nueva estrategia será armonizar las labores que todos los asociados efectúan para erradicar la poliomielitis y orientar el apoyo hacia la prestación en primera línea de actividades de inmunización contra la poliomielitis y servicios conexos (véase la figura titulada «**Asociados en la erradicación de la poliomielitis**» en la página siguiente). A través de un enfoque de emergencias y un planteamiento más integral para llevar a cabo intervenciones sanitarias críticas en los países y regiones afectados por la poliomielitis y que están en riesgo, mediante la IEMP se logrará erradicar la poliomielitis del mundo y se recordarán a la comunidad mundial los enormes logros que se pueden obtener a través de la colaboración y los objetivos conjuntos.



ONG = organizaciones no gubernamentales.

Fuente: OMS.

La COVID-19: un estudio de caso sobre las medidas de emergencia y la creación de alianzas eficaces

En 2020, cuando la COVID-19 apareció, los países que habían hecho sólidos aportes a la IEMP pudieron utilizar los conocimientos especializados y la infraestructura que se había creado para el programa de erradicación de la poliomielitis para coordinar una respuesta eficaz contra la COVID-19. Miles de trabajadores de lucha contra poliomielitis cambiaron sus actividades con el fin de ayudar a contener la propagación del virus SARS-CoV-2. Los centros de operaciones de emergencia contra la poliomielitis se adaptaron a fin de responder a la COVID-19 a través de la vigilancia, el rastreo de contactos y el transporte de muestras, el suministro de jabón y desinfectante de manos, la distribución de materiales de capacitación para el personal médico y el personal de primera línea, y la participación de la comunidad en las medidas de mitigación.[†]

En el Pakistán y Nigeria los activos de la IEMP fueron especialmente valiosos. En el Pakistán, en los laboratorios de lucha contra la poliomielitis se hicieron pruebas de detección de la COVID-19 y se secuenciaron muestras, el centro de atención telefónica contra la poliomielitis se convirtió (y se mantiene así) en la línea telefónica nacional de asistencia para la COVID-19, el personal de lucha contra la poliomielitis capacitó a más de 18 600 profesionales de la salud y los agentes de movilización comunitarios en la lucha contra la poliomielitis impulsaron a la acción a 7000 líderes religiosos y 26 000 personas influyentes. En Nigeria, los equipos de respuesta ante la COVID-19 utilizaron sistemas de datos y análisis de centros de operaciones de emergencia para rastrear y hacer un seguimiento de la prestación de atención primaria de salud, lo que ayudó a reconocer brechas y orientar los servicios de recuperación.

Con el fin de apoyar la respuesta ante la pandemia y, al mismo tiempo, llevar a cabo actividades más amplias de vacunación y vigilancia, la IEMP y el PAI aceleraron su iniciativa de integración y pusieron en marcha un Programa de Trabajo provisional de acciones integradas en el contexto de la pandemia de COVID-19.[‡] En el Programa se proporciona orientación para crear sinergias entre las labores de erradicación de la poliomielitis y los esfuerzos del PAI en ámbitos mutuamente beneficiosos.

En los próximos años, los países pueden seguir dependiendo del apoyo de la IEMP para luchar contra la COVID-19 u otras emergencias de salud. Si se aprovecha este espíritu de cooperación, planificación conjunta y respuesta ante las emergencias puede lograrse la erradicación de la poliomielitis aunque haya prioridades de salud dispares y un entorno de recursos limitados.

[†] Casi 50 países informaron que las labores contra la poliomielitis prestaron asistencia a las actividades contra la COVID-19 en la Región de África (36), la Región del Mediterráneo Oriental (8) y la Región de Asia Sudoriental (5), por un total de US\$ 26,7 millones a junio de 2020. Sírvase consultar: Contributions of the polio network to the COVID-19 response: turning the challenge into an opportunity for polio transition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, consultado el 10 de junio de 2021).

[‡] Sírvase consultar: Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Polio Eradication and Essential Programme on Immunization Interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of the COVID-19 pandemic. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>, consultado el 10 de junio de 2021).



■ PANORAMA GENERAL

La IEMP se encuentra en una encrucijada y precisa nuevos enfoques para superar los últimos obstáculos que quedan para lograr erradicar la poliomielitis. En los dos últimos países en los que la enfermedad es endémica, el Afganistán y el Pakistán, el WPV1 y el cVDPV2 perduran. En el plano mundial, se están produciendo brotes epidémicos de cVDPV2 en cuatro de las seis regiones geográficas de la OMS.⁴ (Si desea consultar la situación epidemiológica actual, sírvase consultar el **anexo B**).

En 2019, la IEMP presentó una estrategia en la que figuraba una guía para erradicar la poliomielitis,⁵ sin embargo, los progresos insignificantes y la disminución de la inmunidad de la población en los países y las regiones de alto riesgo han contribuido al deterioro de la situación epidemiológica, ya que los métodos tradicionales han demostrado ser insuficientes.⁶

Conforme la IEMP emprende labores para crear un sentido de urgencia colectivo, y fomentar la participación y la rendición de cuentas para la erradicación de la poliomielitis, se enfrenta a los siguientes desafíos:

- la dificultad de lograr y mantener la voluntad política debido, en parte, a los enfoques inadecuados para asegurar que los gobiernos de los países afectados por la poliomielitis hagan suyas las labores de erradicación;
- la falta de compromiso con las comunidades afectadas y al interior de ellas, ya que la erradicación de la poliomielitis no está en armonía con sus necesidades más amplias y sigue sin resolverse la desconfianza en el programa;
- los compromisos indefinidos y, en gran medida, sin financiación encaminados a incorporar el programa contra la poliomielitis en otras iniciativas de salud y desarrollo que han sido prioritarias para los gobiernos o que las comunidades necesitan;
- las brechas en el desempeño de las campañas que quedaron sin resolver debido a la ausencia de marcos sólidos de seguimiento y evaluación y a que no se orientó el compromiso de las comunidades; y
- el retraso en las labores de detección de la transmisión de poliovirus, acentuado por una serie de desafíos organizativos que prolongaron el tiempo de respuesta más allá de la ventana de máximo impacto.

Nuevo marco estratégico

Con el fin de hacer frente a esos desafíos y detener de manera permanente la transmisión de poliovirus, la IEMP ha puesto en marcha una nueva estrategia para transformar su enfoque, al utilizar todas las oportunidades que existan para vacunar niños, crear responsabilidad y rendición de cuentas colectivas de las labores de erradicación, y garantizar que se perciba un nivel de urgencia acorde con la designación de la poliomielitis en 2014 como emergencia de salud pública de importancia internacional.⁷

El nuevo marco estratégico se ha elaborado para reconocer formas innovadoras de superar los obstáculos más incoercibles a la erradicación y, al mismo tiempo, optimizar las estrategias básicas que hasta la fecha han hecho posible avanzar en la lucha contra la poliomielitis (**gráfico 3**). Esta estrategia más integral hará que la alianza vaya más allá de un enfoque estrictamente epidemiológico y «vertical» para la erradicación a través de soluciones transformadoras y sostenibles.

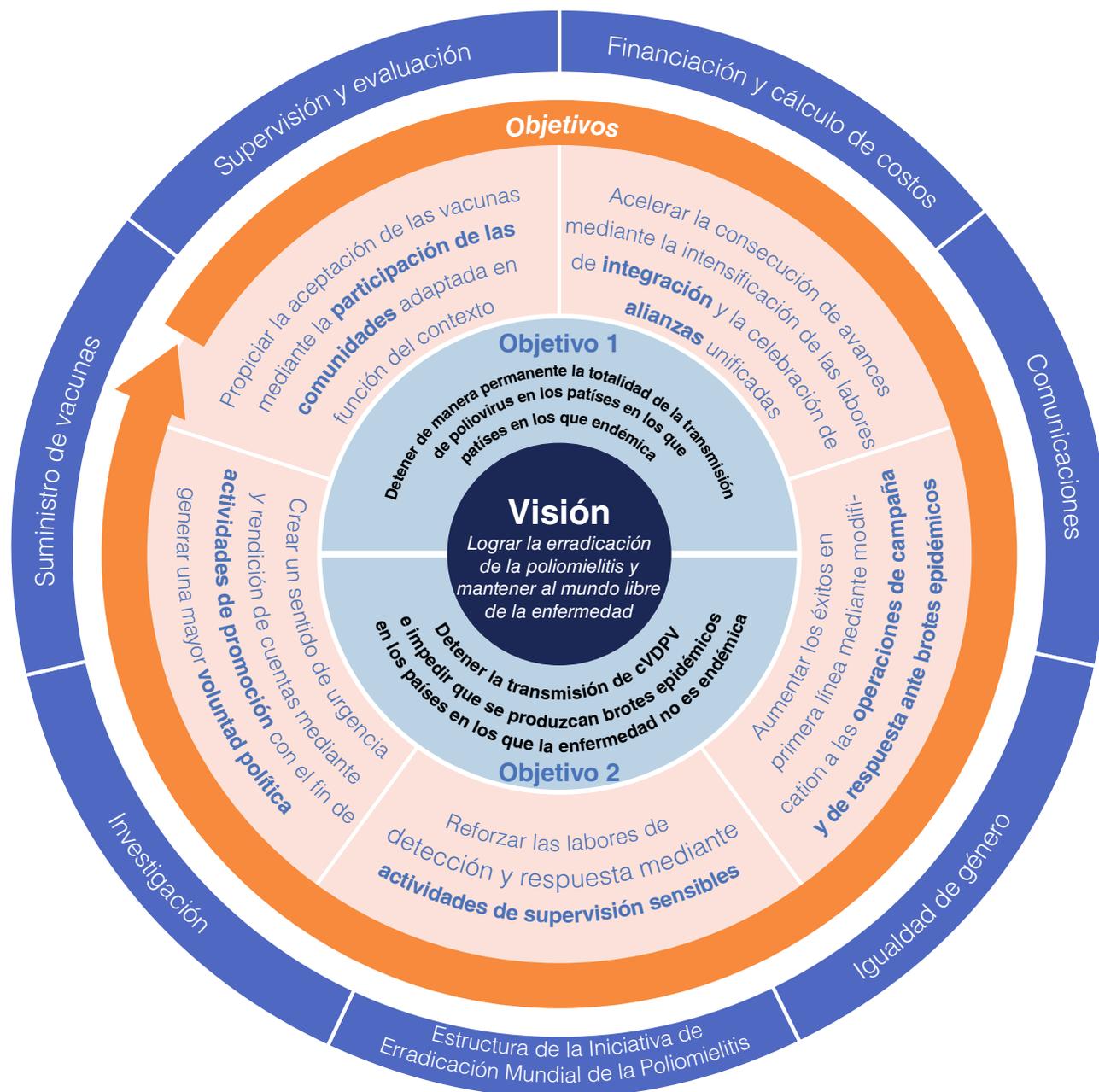
⁴ En 2020, se notificaron 140 casos de WPV1 en el Afganistán (56) y el Pakistán (84), se registraron 1418 casos y aislamiento de cVDPV2 mediante labores de vigilancia de la parálisis flácida aguda (971) y vigilancia ambiental (447), y los brotes más trascendentales tuvieron lugar en el Afganistán (269), el Pakistán (135), el Chad (98), la República Democrática del Congo (75) y Côte d'Ivoire (71).

⁵ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Polio Endgame Strategy 2019–2023: Eradication, integration, certification and containment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://polioeradication.org/who-we-are/polio-endgame-strategy-2019-2023>, consultado el 10 de junio de 2021).

⁶ Si desea consultar más información sobre por qué los enfoques anteriores han resultado insuficientes, sírvase consultar: Junta de Seguimiento Independiente. The world is waiting: Nineteenth report; diciembre de 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/19th-IMB-Report-The-World-is-Waiting-20201223.pdf>, consultado el 10 de junio de 2021).

⁷ Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional para examinar la propagación internacional de poliovirus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 5 de mayo de 2014 (<https://www.who.int/es/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>, consultado el 10 de junio de 2021).

Gráfico 3. Marco estratégico de la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026



Fuente: OMS.

Integración en el camino hacia la erradicación y más allá

La IEMP está comprometida con un enfoque integrado de la ejecución del programa que permita a los países aprovechar plenamente los activos existentes del programa contra la poliomielitis y atender las necesidades de salud de las comunidades vulnerables. La IEMP define la integración como esfuerzos conjuntos entre el programa de erradicación de la poliomielitis y una serie de asociados con el objetivo de mejorar los resultados de la inmunización en geografías específicas. Los esfuerzos de integración se llevan a cabo por dos medios principales: el fortalecimiento de la colaboración con otros programas de inmunización y las estrategias apropiadas para el contexto adecuado para la distribución de vacunas junto con la atención primaria de la salud y otros servicios.

La **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** pone de relieve la integración a través de dos transformaciones de enfoque. El primero es el reconocimiento de que, para que la erradicación de la poliomielitis tenga éxito, es necesario abordar la cobertura de inmunización crónicamente baja y los rechazos de las vacunas contra la poliomielitis basados en la demanda en las principales geografías y poblaciones, para lo cual la integración proporciona soluciones específicas. El segundo es una revalorización de la integración como paso hacia la transición sostenible y a largo plazo de las funciones de la poliomielitis a otros programas de salud y sistemas nacionales de salud a medida que el mundo se acerca a la erradicación de la poliomielitis.

La IEMP tendrá múltiples funciones en la ejecución de las actividades de integración, y un marco de toma de decisiones guiará la evaluación y selección de las oportunidades de integración (sírvese consultar el **anexo D**). Si bien las funciones pueden variar, la intención es coherente y refleja este enfoque evolucionado. En todas las modalidades y regiones, el impulso a la integración permitirá que la IEMP refleje mejor las necesidades, las voces y las capacidades del espectro de partes interesadas necesarias para lograr la erradicación.

Los esfuerzos de integración de la IEMP en el plano mundial implicarán:

- participar en debates multisectoriales con los gobiernos y los programas humanitarios y de salud pertinentes para identificar y planificar iniciativas de integración;
- la cofinanciación y la asistencia operativa para la administración combinada de la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis en otras campañas;
- la cofinanciación de la prestación de servicios integrados en los distritos de alto riesgo del Afganistán y en las comunidades prioritarias del Pakistán;
- la movilización de recursos y la promoción para dirigir los fondos existentes para ampliar la atención primaria de la seguridad, incluida la inmunización esencial en zonas subnacionales específicas con alto riesgo de poliomielitis;
- trabajar con los gobiernos nacionales para determinar cómo se gestionarán las funciones esenciales de la poliomielitis y, en última instancia, se pasarán al programa ampliado de inmunización;
- proporcionar asistencia técnica y supervisión estratégica para las esferas relacionadas con la inmunización esencial y la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación; y
- participar en las estructuras de gobernanza de los mecanismos de examen nacionales y regionales de la Agenda de Inmunización 2030 y el Banco Mundial.



Preparación para lo que nos espera

Como demostró la pandemia de COVID-19, los eventos repentinos e inesperados pueden retrasar el progreso hacia la erradicación. Sobre la base de estas lecciones que tanto ha costado aprender, la asociación entra en este período estratégico dotada de un nuevo enfoque de gestión de riesgos para supervisar de forma proactiva los riesgos y sus posibles efectos en cascada en el programa (sírvese consultar el **anexo E**).

Preparada con nuevas herramientas y marcos, la IEMP lanza esta estrategia con un sentido renovado de lo precarios que pueden ser los avances en salud pública y seguridad sanitaria mundial, cuán urgentemente deben protegerse y cuán evidente es que la colaboración y la asociación siguen siendo el activo más fuerte del programa. Al hacer hincapié en la urgencia en todas las actividades, al convertirse en un socio dispuesto y receptivo a los gobiernos, las comunidades y otras iniciativas de salud, y al reequilibrar la capacidad y la toma de decisiones hacia los equipos regionales y nacionales, el programa contra la poliomielitis y sus asociados generarán colectivamente una mayor rendición de cuentas y una mayor apropiación de los esfuerzos de erradicación, y lograrán un mundo libre de poliomielitis.

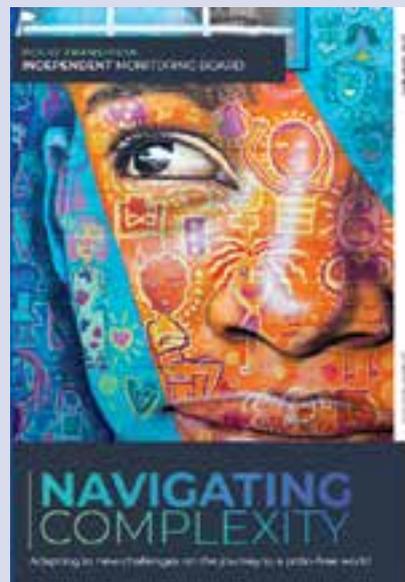
Navegar por la transición

A lo largo de más de tres decenios, la IEMP ha creado infraestructura para luchar por erradicar la poliomielitis en países de todo el mundo. Ello ha facilitado no solo las actividades relacionadas con la erradicación de la poliomielitis, sino también funciones que van mucho más allá de ese propósito central, incluidas las funciones de laboratorio y de vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación; actividades fundamentales de vacunación; la incorporación de nuevas vacunas en varios países; preparación y respuesta ante emergencias; y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Además, la IEMP cuenta con apoyo a las operaciones de distintos mecanismos de subvención. Servicios como la capacidad organizativa, los datos, las finanzas, los recursos humanos y la administración son esenciales para llevar a cabo las labores de erradicación de la poliomielitis, y también se han compartido con mucha mayor amplitud. Los países de una parte considerable del mundo, especialmente de las regiones de África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, han dependido en gran medida de la infraestructura de la IEMP para mantener funciones de salud pública más amplias. En el marco de la respuesta ante la pandemia de COVID-19 y un entorno fiscal cada vez más estricto, la IEMP se esforzará por erradicar el WPV1, detener la transmisión del cVDPV y mantener al mundo sin poliomielitis, al tiempo que apoya una transición acelerada y basada en riesgos de personal e infraestructura del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS a los Estados Miembros y los programas de vacunación fundamental o emergencias de salud.

Si desea consultar más información sobre la transición de los activos y las funciones antipoliomielíticas, sírvase consultar el informe de la Junta de Seguimiento Independiente para la Transición referente a cómo navegar por la transición*.

* Junta de Seguimiento Independiente para la Transición relativa a la Poliomielitis. Cuarto informe, Navigating complexity. Enero de 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/4th-TIMB-Report-Navigating-Complexity-20210131.pdf>, consultado el 11 de junio de 2021).







Objetivo 1:

Detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los países en los que la enfermedad es endémica

Detener la transmisión del WPV1 y el cVDPV2 en los dos últimos países en los que la enfermedad es endémica es el objetivo principal de la vía hacia la erradicación mundial de la poliomielitis. Para detener la transmisión del poliovirus en el Afganistán y el Pakistán, la IEMP planea primero limitar la circulación a los reservorios centrales y corredores compartidos de transmisión y luego interrumpir todos los poliovirus dentro de los reservorios para 2023, con la erradicación mundial de todos los poliovirus salvajes certificada para 2026. El programa ha logrado avances en aras de detener la transmisión del cVDPV2 y continuará respondiendo a eventos innovadores para detener la transmisión del cVDPV2.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

El poliovirus nunca se ha detenido simultáneamente en el Afganistán y el Pakistán. Debido a los profundos vínculos sociales, culturales y económicos y al movimiento transfronterizo de población a gran escala, el Afganistán y el Pakistán representan un único bloque epidemiológico y ambos países deben interrumpir la transmisión del poliovirus para que cualquiera de los dos países logre y mantenga la erradicación. Después de una aparición de cVDPV2 en 2019, la disminución de la inmunidad de la mucosa tipo 2 y las brechas en las actividades de inmunización permitieron la propagación de cVDPV2, y el Afganistán y el Pakistán ahora están experimentando la cocirculación de WPV1 y cVDPV2. (Si desea consultar la situación epidemiológica actual, sírvase consultar el **anexo B**).

DESAFÍOS ACTUALES

En el Afganistán, la prohibición de la inmunización casa por casa ha dado lugar a que más de 1 millón de niños sean perdiendo persistentemente en las zonas meridionales a través de las campañas de vacunación contra la poliomielitis desde mayo de 2018. Como resultado, en 2019 y 2020, respectivamente, el 90% y el 75% de los casos del WPV1 en el Afganistán⁸ se originaron en áreas a las que actualmente no se puede acceder para la vacunación. En las zonas accesibles, el progreso se ve obstaculizado por varios factores, en particular las campañas de mala calidad debido a cuestiones de planificación y dotación de personal insuficientes en los centros de operaciones de emergencia nacionales y provinciales, así como a la falta de mecanismos rigurosos de rendición de cuentas.

En el Pakistán, el progreso se ha visto impedido por una combinación de factores: la complacencia con la disminución de los casos desde 2015 hasta mediados

⁸ Véase: Grupo de Asesoramiento Técnico sobre la Erradicación de la Poliomielitis en el Afganistán, marzo de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Afghanistan-TAG-Report-20210317-20.pdf>, consultado el 23 de agosto de 2021).

de 2018,⁹ incluidos unos pocos meses sin un solo caso; las transiciones en el liderazgo nacional y la posterior politización de la poliomielitis; un aumento de la reticencia a las vacunas; y un desajuste entre los nuevos desafíos que surgen en las esferas prioritarias y los enfoques de vacunación que eran más adecuados para una época pasada. Además, la desinformación sobre las vacunas y los programas de vacunación circula ampliamente a través de las plataformas de redes sociales, lo que contribuye al aumento de las tasas de rechazo. El alcance de la campaña se ha visto afectado por el compromiso ineficaz con las poblaciones marginadas con alto riesgo de poliomielitis, específicamente las comunidades de habla pastún que representan el 15% de la población del país, pero soportan una carga desproporcionada (81%) de los casos del WPV del Pakistán en los últimos 10 años.⁹ Este difícil contexto, junto con las brechas operativas en la entrega de la vacuna, ha dado lugar a un aumento de los casos del WPV1 y ha contribuido a la propagación del cVDPV2.

Para ambos países, la pandemia de COVID-19 se ha sumado a estos desafíos. A principios de 2020, la primera ola de COVID-19 llevó a restricciones de movimiento y la suspensión temporal de las actividades de polio entre marzo y julio. Durante esa pausa operativa, la calidad de la vigilancia se deterioró y las campañas de inmunización se pospusieron. En 2021 y ulteriormente, la introducción de las vacunas contra la COVID-19 representará una oportunidad para crear sinergias con los mensajes de inmunización, incluso cuando la epidemia de desinformación sobre la vacunación (ahora denominada «infodemia») deba abordarse para lograr una alta cobertura de vacunación.

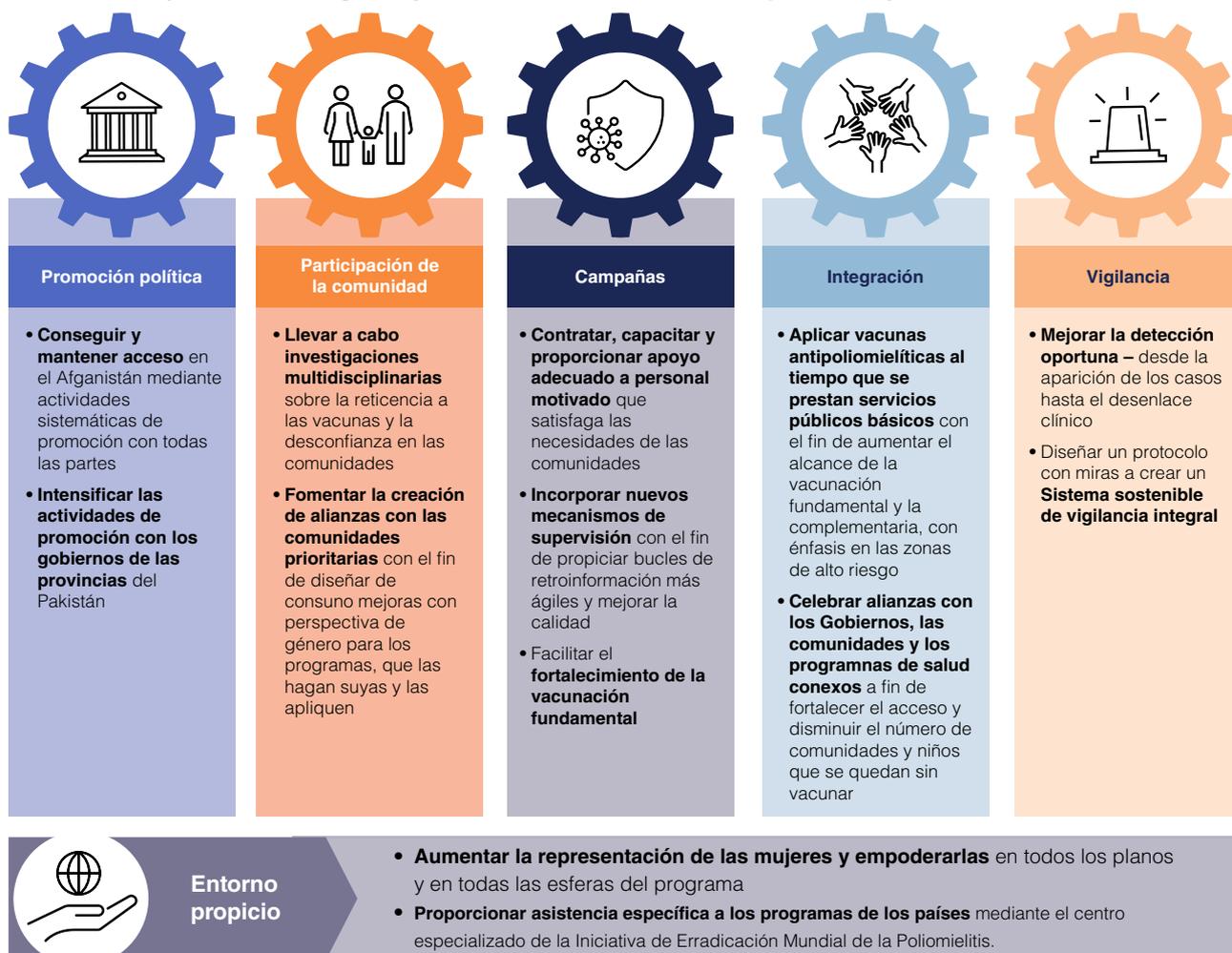
RUTA PARA DETENER DE MANERA PERMANENTE LA TOTALIDAD DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS EN LOS PAÍSES EN LOS QUE LA ENFERMEDAD ES ENDÉMICA

Para detener la totalidad de la transmisión de poliovirus en el Afganistán y el Pakistán será necesario que los gobiernos nacionales, los programas por países, los organismos de ejecución de la IEMP y los asociados principales adopten una postura de emergencia. El UNICEF y la OMS seguirán funcionando bajo sus respectivas autoridades de declaración de emergencia para acelerar la movilización y asignación de recursos, acortar los procesos de dotación de personal y despliegue y proporcionar una mayor delegación de autoridad más cerca del terreno.

La vía hacia la erradicación (véase el **gráfico 4**) conlleva:

- aumentar la voluntad política en todos los niveles de gobierno y con todos los agentes locales mediante el compromiso con el valor apolítico de la erradicación de la poliomielitis;

Gráfico 4. Objetivos estratégicos y actividades fundamentales para el objetivo 1



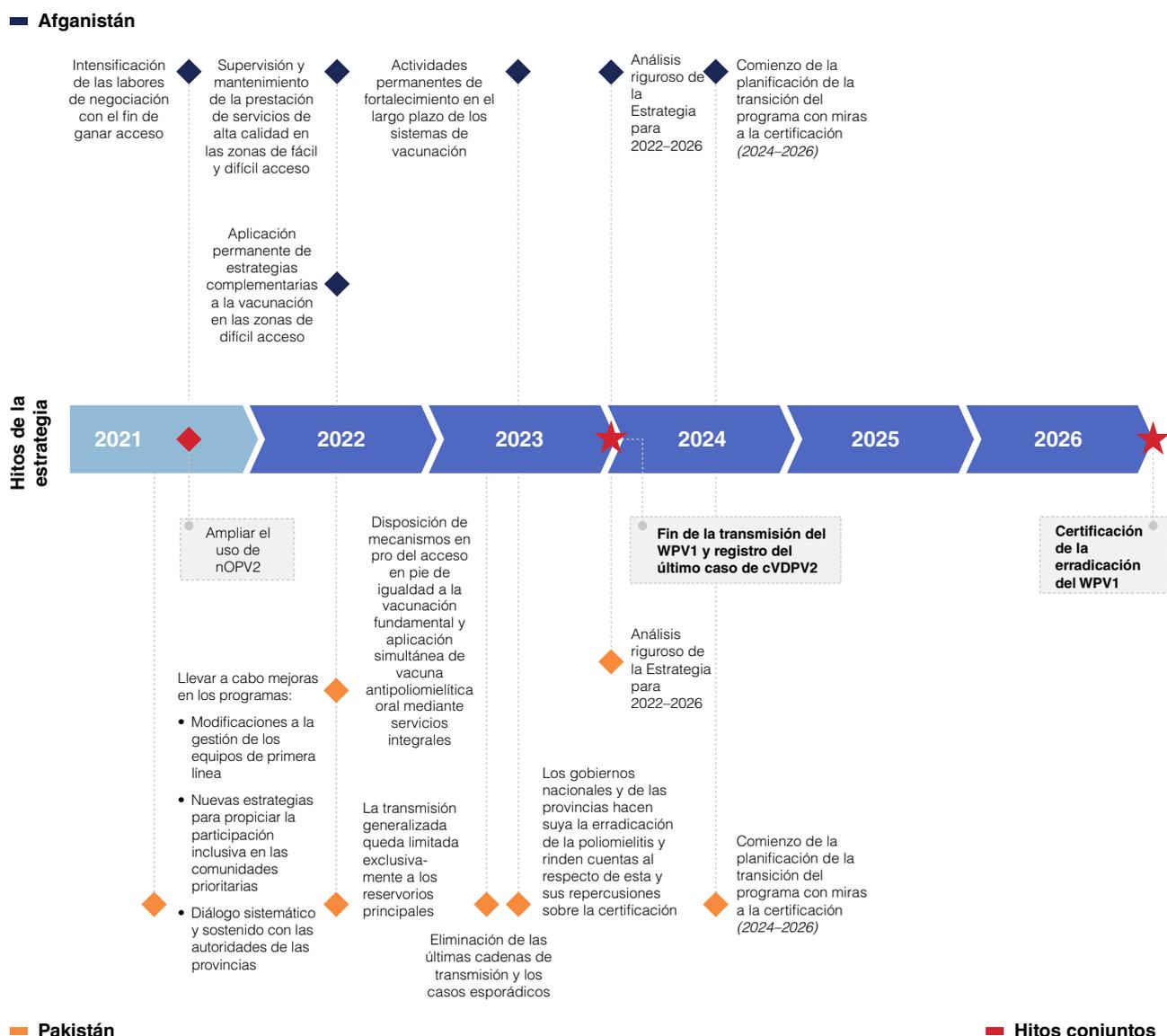
Fuente: OMS.

⁹ Véase la reunión del Grupo de Asesoramiento Técnico sobre la Erradicación de la Poliomielitis en el Pakistán, febrero de 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Pakistan-TAG-Report-20210209-11.pdf>, consultado el 23 de agosto de 2021)

- forjar una alianza profunda y duradera con las comunidades marginadas, especialmente las que habitan los distritos en los que hay mayor riesgo de contraer poliomielitis;
- contar con un programa que funcione bien y que disponga de personal de primera línea adecuado y motivado que aplique vacunas de manera sistemática en todos los domicilios o en cada oportunidad que se presente en las zonas en las que no es posible acceder a los hogares;
- emplear un enfoque integrado de prestación de servicios en el que se dé prioridad a la vacunación esencial y a la prestación de otros servicios de salud; e
- invertir permanentemente en la calidad y la mejora de las actividades de vigilancia, y en las labores de detección oportuna.

Para garantizar que ambos países endémicos se mantengan en el camino hacia hitos hacia una interrupción exitosa (véase el **gráfico 5**), la IEMP supervisará de cerca el progreso a través de indicadores clave del desempeño que prioricen la promoción, la participación de la comunidad y la integración de la administración de la vacuna contra la poliomielitis con otros servicios deseados, junto con mejoras programáticas y operativas específicas (sírvese consultar el **marco de seguimiento y evaluación** y el **anexo F**).

Gráfico 5. Hitos para detener la transmisión de poliovirus en el Afganistán y el Pakistán entre 2021 y 2026



cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; OPV = vacuna antipoliomielítica oral; WPV1 = poliovirus silvestre de tipo 1.

Fuente: OMS.

1. Crear un sentido de urgencia y rendición de cuentas mediante actividades de promoción con el fin de generar una mayor voluntad política

Para lograr la erradicación en el Afganistán y el Pakistán será fundamental que se preste un enfoque renovado a la participación de las partes interesadas y a la promoción política.

En el Afganistán, el conflicto generalizado y la inseguridad interrumpen las operaciones de la campaña debido al acceso restringido en geografías clave. Estos obstáculos para llegar a los niños que han sido inaccesibles al programa sólo se resolverán haciendo participar a todos los agentes locales, directamente o a través de intermediarios, para negociar el acceso y lograr un amplio consenso en el sentido de que la inmunización contra la poliomielitis es apolítica y de que todos los niños, independientemente de dónde vivan, merecen protección contra la poliomielitis. Dadas las incertidumbres en torno a la actual situación política subnacional, el programa contra la poliomielitis utilizará activamente todos los medios y oportunidades para llegar a los niños de zonas inaccesibles para los vacunadores casa por casa.

En el Pakistán, el éxito del programa depende de que el Gobierno se apropie cada vez más de la prestación de servicios contra la poliomielitis. El Gobierno tiene la capacidad de garantizar la cobertura de vacunación en todo el país, pero la poliomielitis ya no es una prioridad de salud pública, en particular a nivel de distrito y provincial, donde reside la autoridad de adopción de decisiones en materia de salud. La reconstrucción de un compromiso con la erradicación de la poliomielitis requiere un diálogo sistemático con los dirigentes nacionales y provinciales y otras partes interesadas influyentes. El programa aprovechará todas las oportunidades disponibles para garantizar que la erradicación de la poliomielitis siga siendo una de las principales prioridades de salud pública del Gobierno, incluido el Grupo de Trabajo Nacional presidido por el Primer Ministro, los Grupos de Trabajo Provinciales presididos por los ministros principales provinciales y mediante la participación directa de los dirigentes mundiales y el POB en todos los foros apropiados. La IEMP también seguirá prestando pleno apoyo al Gobierno y al programa del país, incluso mediante planes de acción nacionales para emergencias.¹⁰

Implicación del Gobierno en Nigeria

El 18 de junio de 2020, tras responder a los desafíos relacionados con la inseguridad, la inaccesibilidad, la reticencia a las vacunas y el debilitamiento de los sistemas de salud, se declaró que en Nigeria ya no había poliovirus salvajes. Dos elementos claves en el éxito del país fueron la responsabilidad y el compromiso del gobierno.* Los mandatarios de Nigeria desempeñaron un papel visible y activo, e incluso vacunaron a sus propios nietos en la televisión para poner en marcha campañas nacionales. Las contribuciones financieras nacionales manifestaron el firme compromiso del gobierno. Entre 2011 y 2019, Nigeria aportó US\$ 190 millones a través de fondos de préstamos y apoyo de los contribuyentes a las necesidades de recursos financieros del país en el marco de la IEMP.† En un país grande y federado se requería establecer compromisos en el plano estatal. Los 36 gobernadores ejecutivos firmaron un acuerdo para actuar con liderazgo‡, y se reunieron periódicamente para examinar los progresos en un marco sólido de vigilancia y rendición de cuentas. Ese compromiso estatal se amplificó aún más gracias a los líderes comunitarios, quienes defendieron la erradicación de la poliomielitis.

* Vaz RG, Mkanda P, Nsubuga P, Ado M, Etsano A. Best Polio Eradication Initiative (PEI) practices in Nigeria with support from the WHO. *J. Infect. Dis.* 2016;213(suppl_3): S65–S66 (https://academic.oup.com/jid/issue/213/suppl_3, consultado el 11 de junio de 2021).

† Sírvase consultar: Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Historical Contributions, 1985–2019 (<https://polioeradication.org/financing/donors/historical-contributions>, consultado el 11 de junio de 2021).

‡ Sírvase consultar: Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Abuja Commitments to Polio Eradication in Nigeria (<https://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/declarations-and-resolutions>, consultado el 11 de junio de 2021).

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

El restablecimiento de la postura de emergencia necesaria para interrumpir la transmisión requerirá el restablecimiento de la poliomielitis como una prioridad de salud pública para generar un enfoque renovado de los gobiernos nacionales y provinciales y las partes interesadas a todos los niveles dentro de ambos países.

Para volver a priorizar la erradicación de la poliomielitis y crear urgencia y rendición de cuentas para generar una mayor voluntad política, la IEMP:

- adoptar un enfoque proactivo y estratégico para abrir el diálogo con todas las partes interesadas, desde los niveles nacional y provincial hasta los entornos de las comunidades locales, para construir relaciones personales, aumentar la confianza y desarrollar una mejor comprensión de los beneficios de un programa eficaz contra la poliomielitis;
- explorar todas las opciones para abordar la prohibición de las vacunas casa por casa, incluida la negociación de opciones de vacunación intermedias (aunque menos efectivas), como las vacunas de mezquita a mezquita, de sitio a sitio y de punto de tránsito permanente ampliado;

¹⁰ Los planes de acción nacionales para emergencias pueden consultarse en el sitio web de la IEMP a través de las páginas de países específicas del Afganistán y el Pakistán (<https://polioeradication.org/where-we-work/afghanistan> y <https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>, ambas consultadas el 11 de junio de 2021).

- establecer una corriente de trabajo específica sobre promoción política con capacidad de personal para apoyar a los países y coordinar a nivel regional y mundial, cuando sea necesario. El centro de la IEMP prestará asistencia a los países para que cartografíen a las partes interesadas mediante el seguimiento de las labores de divulgación y el fortalecimiento de la información. El centro también se pondrá en contacto con la defensa política de la IEMP y los grupos de comunicación global y facilitará la experiencia multidisciplinaria (social, política, económica) desde fuera de la IEMP con el fin de desarrollar nuevos enfoques que fortalezcan los lazos con las partes interesadas clave y se comuniquen mejor con audiencias específicas; y
- utilizar plataformas regionales y nacionales para recabar un apoyo más amplio para la erradicación de la poliomielitis. En el plano regional, el nuevo Subcomité Regional Ministerial del Mediterráneo Oriental sobre Erradicación y Brotes de Poliomielitis desempeñará un papel fundamental en la creación y el mantenimiento del compromiso regional con el programa contra la poliomielitis. Los esfuerzos de comunicación regionales, nacionales y subnacionales también crearán y mantendrán un entorno propicio para el esfuerzo de erradicación, así como apoyarán el diálogo y el compromiso continuos con las comunidades para minimizar los riesgos relacionados con la comunicación y generar demanda de vacunas.

En conjunto, estos cambios proporcionarán a la IEMP mayores oportunidades para transmitir el valor de los activos y la infraestructura contra la poliomielitis a otras prioridades de salud y explorar los mejores mecanismos para abogar por la financiación nacional y el fortalecimiento de la rendición de cuentas del gobierno.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Mayor identificación nacional en forma de declaraciones y compromisos políticos, como lo demuestra la frecuencia y regularidad de las reuniones del Equipo de Tareas Nacional presididas por el Jefe de Estado o de Gobierno y la frecuencia y regularidad de las reuniones del Equipo de Tareas Provincial presididas por los dirigentes gubernamentales de las provincias; y la disminución del número de niños que siguen siendo inaccesibles en el Afganistán.

Resultado 2: Mayor identificación de los gobiernos provinciales y locales con el personal calificado para actuar con rapidez y en las localidades adecuadas, y vacantes en puestos clave cubiertas en un plazo de tres meses. La disponibilidad de puestos sancionados para el personal necesario a nivel provincial y en todas las zonas de alto riesgo a nivel de distrito y subdistrito y la proporción de esos puestos ocupados se utilizarán para evaluar los progresos realizados.

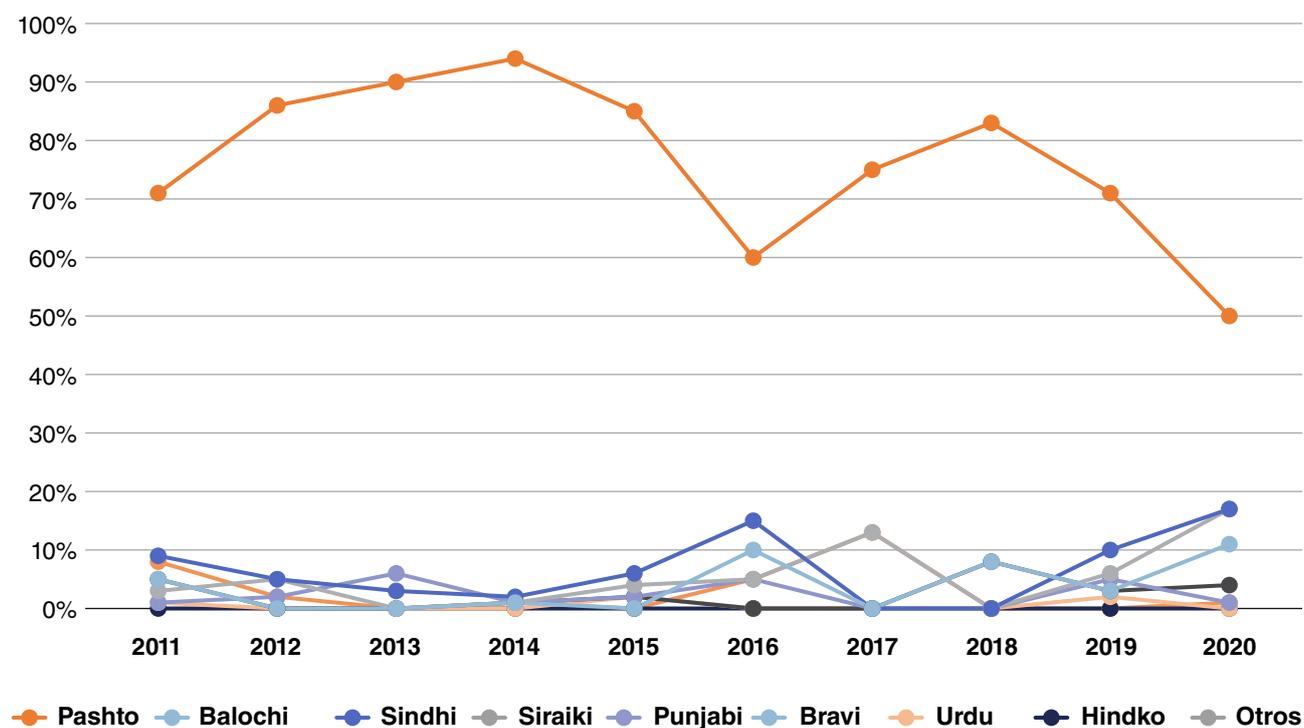


2. Propiciar la aceptación de las vacunas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto

La IEMP superará las dudas y generará aceptación de la vacuna mediante el desarrollo de una mejor comprensión de las barreras culturales y sociales y otros factores clave que influyen en la decisión de los cuidadores y mediante la creación de asociaciones significativas con las comunidades de alto riesgo afectadas de manera desproporcionada por la poliomielitis. Basándose en la experiencia en ciencias del comportamiento, diseño centrado en el ser humano, análisis interseccional de género y diversas palancas de cambio social, el programa desarrollará y desplegará nuevos enfoques para reforzar la vacunación como una norma social clave y una práctica de atención familiar. Al asociarse con las comunidades y las estructuras de gobernanza local y utilizar estrategias de vacunación adaptadas al contexto, el programa facilitará mejores oportunidades de salud para los niños, al tiempo que alcanzará el objetivo de la erradicación mundial de la poliomielitis.

Las comunidades de habla pastún en el Afganistán y el Pakistán han representado un porcentaje desproporcionadamente mayor de casos de WPV1 que otros grupos etnolingüísticos (sírvese consultar el **gráfico 6** para los casos en el Pakistán). Si bien estas comunidades representan una mayor carga de poliomielitis, también son numerosas y diversas, y su riesgo relativo de poliomielitis se distribuye de manera desigual en diferentes áreas, localidades y contextos. Dado que muchas comunidades pashto viven y viajan a través de la frontera común del Afganistán y el Pakistán y muchas han sido desplazadas debido a las turbulencias políticas, la actualización de una asociación sólida con estas comunidades será fundamental para lograr la erradicación de la poliomielitis en los dos países.

Gráfico 6. Evolución de la proporción de casos de WPV por grupo lingüístico en el Pakistán, 2011–2020



Fuente: Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis en el Pakistán, Plan de Acción Nacional para Emergencias 2021-2022.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

Para generar aceptación de vacunas, el programa primero debe identificar a nivel granular las dinámicas que impulsan las dudas y resolverlas a través de una comunicación sostenida, el compromiso y la creación de alianzas. Los programas por países:

- ampliar el uso de los datos sociales, la ciencia del comportamiento, las intervenciones conductuales y el análisis de las redes sociales para informar las estrategias de comunicación «en» y «fuera de línea» y desarrollar nuevos enfoques integrados digitalmente y adaptados al contexto, contribuyendo así a un entorno más propicio;

- invertir en el fortalecimiento de las competencias de comunicación de los trabajadores y supervisores de primera línea, con énfasis en la mejora de las habilidades interpersonales, el coaching, la motivación y la supervisión de apoyo que se centran en establecer la credibilidad y la relación en la «puerta». La capacitación de los trabajadores de primera línea responderá a las necesidades locales y estará informada por datos sociales para abordar problemas y desafíos específicos de la comunidad;
- trabajar con personas influyentes en las comunidades de habla pastún, incluidas las parteras tradicionales y los grupos de mujeres, para crear un enfoque multidisciplinario centrado en el pastún que tenga como objetivo comprender los comportamientos de búsqueda de salud de las mujeres embarazadas en las comunidades desatendidas y ofrezca la vacunación contra la poliomielitis como apoyo de sus prácticas más amplias de cuidado infantil. Entre los métodos que se aplicarán figuran la creación de conocimientos participativos y el diseño de programas que agreguen información etnográfica, demográfica y del sistema de salud que tenga en cuenta las cuestiones de género;
- instituir un cambio de paradigma hacia la participación comunitaria prioritaria a través de la creación de Comités Comunitarios de Inmunización, donde los miembros de la comunidad pueden interactuar directamente con el programa, contribuir a la planificación de campañas y transmitir necesidades de salud más amplias que puedan explorarse para paquetes de servicios integrados. Se realizarán intervenciones específicas más allá de la inmunización y la salud en las zonas con niveles persistentemente altos de desconfianza. Para garantizar la apropiación y la aplicación conjunta de cualquier iniciativa, se realizarán análisis en estrecha coordinación con los equipos de primera línea y los comités comunitarios de inmunización. Siempre que sea posible, se crearán comités comunitarios de inmunización en coordinación con los mecanismos existentes, como las shuras de salud y los comités de desarrollo rural; y
- capitalizar los activos técnicos del sector privado trabajando con entidades que están comprometidas con el impacto social y han demostrado experiencia con las comunidades de habla pastún. Estas entidades, que incluyen instituciones académicas y sociales, laboratorios de ideas, el sector corporativo, empresas familiares, empresas emergentes y organizaciones locales sin fines de lucro, pueden proporcionar nuevas perspectivas y diagnósticos alternativos de las barreras a la aceptación de la vacuna.

Además, en coordinación con el gobierno y los asociados para el desarrollo, la IEMP trabajará para convertirse en un aliado eficaz de estas comunidades mediante la promoción de mayores compromisos en la prestación de servicios básicos de salud (sírvase consultar la **sección 4**, que figura ulteriormente).

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Mayor concienciación sobre las campañas antes de todas las campañas de inmunización, asegurando que al menos el 90% de los hogares conozcan las campañas antes de las visitas de los equipos de vacunación.

Resultado 2: Mejora de la aceptación de las vacunas en las zonas subnacionales prioritarias y aumento de la participación de la comunidad en las campañas de inmunización, lo que se refleja en un aumento de la proporción de trabajadoras locales de primera línea que prestan servicios de vacunación y supervisoras de zona, en cumplimiento de las medidas de salvaguardia y protección contra la explotación y los abusos sexuales, lo que contribuye a una disminución general de la reticencia a las vacunas en los distritos de alto riesgo.

Resultado 3: Mayor uso de enfoques innovadores para mejorar la participación de la comunidad (incluidas la investigación, el análisis y el diseño de campañas sobre el cambio social y de comportamiento) demostrado mediante soluciones diseñadas y aplicadas localmente para la lucha contra la poliomielitis y campañas esenciales de inmunización.

Potencial transformador: la función de la igualdad de género en la erradicación de la poliomielitis

En el Afganistán y el Pakistán, la incorporación, la capacitación y la retención de mujeres que actúen como vacunadoras, agentes de movilización comunitaria y funcionarias de vigilancia es una prioridad para la IEMP y se considera fundamental para el éxito de las campañas, ya que el acceso a los niños suele depender de la presencia de trabajadoras de la salud. Durante la vigencia de la presente estrategia, el Grupo de Asesoramiento Técnico para el Afganistán y el Pakistán formulará periódicamente recomendaciones para garantizar que los programas de los países tengan más en cuenta las cuestiones de género en la planificación y la ejecución de las actividades.*

* Si desea obtener más información, sírvase consultar los informes de las reuniones que se celebraron con el Pakistán y el Afganistán en febrero y marzo de 2021, respectivamente (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Pakistan-TAG-Report-20210209-11.pdf> y <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Afghanistan-TAG-Report-20210317-20.pdf>, ambos consultados el 14 de junio de 2021). Sírvase consultar también los planes de acción nacionales para emergencias que pueden descargarse en el sitio web de la IEMP en las páginas de países específicas del Afganistán y el Pakistán (<https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>, ambas consultadas el 14 de junio de 2021).

3. Aumentar los éxitos en primera línea mediante modificaciones a las operaciones de campaña

La erradicación de la poliomielitis depende en última instancia de la prestación de una vacunación de alta calidad mediante la administración de vacunas contra la poliomielitis en las actividades esenciales de inmunización y en las campañas de vacunación complementarias por parte de trabajadores de primera línea capaces y motivados que llegan a todos los niños y niñas de la edad adecuada con las vacunas adecuadas. En las zonas en que la cobertura esencial de inmunización es inadecuada, las campañas de vacunación complementarias son el medio por el cual la IEMP ha aumentado la cobertura de la vacuna contra la poliomielitis y ha avanzado hacia la erradicación de la poliomielitis. Sin embargo, las deficiencias operativas y el personal poco motivado en los programas por países endémicos han contribuido a que la calidad de las campañas sea subóptima. Estas brechas no se limitan a las áreas de alto riesgo y de los embalses centrales, sino que son más sistémicas, lo que afecta a muchas campañas. Para lograr la erradicación es necesario abordar estas brechas que han quedado sin resolver en áreas fuera de los embalses centrales.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

Para mejorar la calidad de la campaña, la IEMP mejorará la ejecución de programas de primera línea y abordará los desafíos operativos. Los programas de los países:

- asegurarán que en cada comunidad se disponga de vacunadores y supervisores adecuados mediante la contratación, la capacitación y la retención de personal que proviene de la comunidad local, habla el dialecto del idioma local y es preferiblemente mujeres, incluidas las mujeres mayores que a menudo transmiten experiencia que puede influir positivamente en los cuidadores;
- crearán un entorno de apoyo para los trabajadores de primera línea asegurándose de que quieran de los suministros, las instalaciones y el apoyo de seguridad necesarios para desempeñar sus funciones y estén bien capacitados, incluso en habilidades de gestión «blandas», como la formación de equipos, la administración y la comunicación interpersonal, que contribuyan a su desarrollo profesional, impulsando así la motivación;
- modernizarán la capacitación y las directrices sobre la microplanificación adecuada y apoyar los esfuerzos gubernamentales para adoptar tecnología de impacto, incluida la cartografía digital; y
- efectuarán procesos de revisión periódicos y efectivos en los que se reconozcan y resuelvan problemas en los planos pertinentes.

Para impulsar estos cambios, el programa fortalecerá los mecanismos de monitoreo de la campaña. La IEMP ayudará y acelerará los esfuerzos del gobierno para adoptar herramientas digitales que simplifiquen la recopilación de datos, proporcionen una mayor precisión y permitan una retroalimentación más rápida y basada en datos para identificar brechas en la microplanificación y mejorar la calidad de la campaña. Gracias a esos esfuerzos, se proporcionarán datos oportunos a los encargados de adoptar decisiones a todos los niveles de los programas.

El deber de diligencia: la protección de las comunidades y el personal de lucha contra la poliomielitis

Por «salvaguardar» se entiende la adopción de todas las medidas razonables para prevenir la muerte y el daño, incluida la explotación, el abuso y el acoso sexuales; proteger a las personas, especialmente a los adultos y los niños vulnerables, de ese daño; y responder adecuadamente cuando se produzca un daño. En la erradicación de la poliomielitis, ello tiene relevancia en cuanto a la seguridad y el bienestar de las comunidades afectadas por la poliomielitis y de los trabajadores de la lucha contra la poliomielitis, con especial atención a las necesidades de las mujeres y las comunidades en las que trabajan.

De conformidad con la declaración formulada en 2018 por el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis, la IEMP se centrará en tres líneas de trabajo para prevenir y abordar la explotación y el abuso sexuales: 1) *políticas* a través de un análisis rápido de las políticas y normas existentes en el plano nacional; 2) *operaciones* para garantizar que los supervivientes cuenten con apoyo, aumentar la rendición de cuentas y la transparencia, fortalecer la presentación de informes y hacer frente a la impunidad; y 3) *cambios culturales y creación de capacidad* para promover el cambio cultural y fortalecer la capacidad organizativa (incluido el fomento de la capacidad de los asociados en la ejecución) con el fin de cumplir las normas mínimas a fin de prevenir la explotación y el abuso y responder ante ellos.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Mejora de la calidad de las campañas, en particular para reducir la pérdida persistente de niños (evidenciada por datos desglosados por edad y sexo) en las campañas de vacunación complementarias, demostrada mediante un aumento de la proporción de microplanos elaborados mediante talleres integrados (incluido el programa ampliado de inmunización; y salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. sistemas de comunicaciones e información geográfica [SIG]) aprovechados de manera que tengan en cuenta las cuestiones de género; y campañas que logren al menos una cobertura del 90% (basadas en el muestreo de garantía de calidad de lotes [LQAS] y/o el monitoreo dentro de la campaña [ICM]).

4. Acelerar la consecución de avances mediante la intensificación de las labores de integración y la celebración de alianzas unificadas

Los recursos contra la poliomielitis del Afganistán y el Pakistán se han utilizado para llevar a cabo campañas de inmunización contra múltiples antígenos y llevar a cabo otras intervenciones sanitarias críticas, incluida la distribución de vitamina A y tabletas antiparasitarias y la difusión de mensajes sobre la salud maternoinfantil. El personal de erradicación de la poliomielitis desplegado sobre el terreno ha prestado apoyo a la campaña para objetivos de inmunización más amplios, la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y propensas a epidemias, y la respuesta a otros brotes y emergencias sanitarias, más recientemente a través de la pandemia de COVID-19. Si bien el apoyo a la poliomielitis ha ayudado a la salud local y a los objetivos más amplios de inmunización, la asistencia a menudo se ha basado en las necesidades y ha sido específica para cada incidente.

La IEMP diseñará un enfoque más amplio, sistemático y multisectorial para la prestación integrada de servicios con un enfoque especial en las comunidades desatendidas en áreas de alto riesgo. Concretamente, en los distritos de alto riesgo del Afganistán y en las comunidades prioritarias del Pakistán, la IEMP cofinanciará la prestación de servicios integrados y utilizará las inversiones en todo el sector de la salud para hacer frente a la cobertura de inmunización esencial persistentemente baja. Además, como parte de la aplicación de la visión mundial de la inmunización esbozada en AI2030 y Gavi 5.0,¹¹ la IEMP apoyará los esfuerzos en el Afganistán y el Pakistán para fortalecer los programas de inmunización con un enfoque de atención primaria de la salud para llegar a los niños de dosis cero con todas las vacunas, incluidas las vacunas contra la poliomielitis. La IEMP también se ha comprometido a apoyar la vigilancia del COVID-19 y el despliegue de la vacuna en 2021 y más allá.¹²

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

En el Afganistán y el Pakistán, las zonas con mayor riesgo de poliomielitis tienen la mayor concentración de niños con dosis cero para la poliomielitis y otras formas de despolio. En las zonas inaccesibles del Afganistán, donde las campañas casa por casa están prohibidas, y en las zonas accesibles del Pakistán que tienen altas tasas de rechazo, la prestación integrada de servicios se convertirá en un eje de la estrategia. Al integrar las vacunas contra la poliomielitis en un conjunto más amplio de servicios de salud y servicios conexos que reflejen las necesidades de la comunidad, el programa restablecerá la confianza, obtendrá acceso y aumentará la aceptación de las vacunas. Además, la estrecha colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG), como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras entidades privadas acreditadas, ayudará a comprender y responder a los factores subyacentes del rechazo de la vacuna, ayudando así a reducir el número de niños que no reciben ninguna dosis.

A fin de apoyar la inmunización contra la poliomielitis y otras actividades relacionadas con las enfermedades prevenibles mediante vacunación, el programa:

- proporcionará asistencia operativa y financiación para la prestación de servicios de inmunización en las actividades esenciales de inmunización;
- aumentará el acceso a los servicios esenciales de inmunización y su utilización mediante el apoyo a la vacuna oral contra la poliomielitis con dosis al nacer en los centros de salud, la integración de microplanos operativos, la mejora de la supervisión de apoyo y la supervisión de las actividades de divulgación, la armonización de las actividades de movilización social y promoción de la salud, y la utilización de nuevas tecnologías (como el dinero móvil y los SIG) para apoyar las operaciones, cuando sea necesario;
- hará un seguimiento y hacer un seguimiento de los niños con dosis cero de poliomielitis y analizar la cobertura de la OPV de dosis al nacer;
- prestará asistencia el marco de seguimiento y evaluación para todas las actividades de inmunización y unificar los enfoques analíticos de datos y los procesos de revisión, incluido el uso de la tecnología para proporcionar cobertura de vacunación granular y datos de dosis cero; y
- en términos más generales, velar por que los objetivos estratégicos del programa de erradicación de la poliomielitis se reflejen en inversiones más amplias en el programa ampliado de inmunización y el fortalecimiento del sistema de salud.

¹¹ Agenda de Inmunización 2030: una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás (AI2030). División de la OMS de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos (IVB). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/immunisation-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>, consultado el 10 de junio de 2020). Gavi, la Alianza para las Vacunas. Etapa V de la estrategia (2012-2025). Ginebra: Gavi, la Alianza para las Vacunas; 2019 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025>, consultado el 14 de junio de 2021).

¹² Si desea obtener más información sírvase consultar: Contributions of the polio network to the COVID-19 response: turning the challenge into an opportunity for polio transition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, consultado el 14 de junio de 2021).

Para identificar intervenciones que satisfagan las necesidades más amplias de las comunidades y se desarrollen en común a través de su participación activa y asociación, el programa promoverá con los gobiernos nacionales y locales la prestación de servicios básicos y se coordinará con los asociados para alinear el apoyo operativo y la financiación de estas actividades específicas. Un marco de adopción de decisiones orientará a los países mediante la evaluación de las oportunidades y actividades de integración (sírvese consultar el **anexo D**).¹³ Para apoyar los programas por países, la IEMP también llevará a cabo un cartografiado amplio y transparente de las partes interesadas de los posibles asociados en la integración entre las ONG y los programas de salud y programas conexos adyacentes y desarrollará una política de participación orientada a la acción que proporcionará actualizaciones periódicas basadas en pruebas a los niveles más altos del gobierno.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Servicios integrados adaptados a un contexto comunitario y prestados con una perspectiva de género en geografías específicas (según los planes de acción nacionales para emergencias), como se demostró mediante la aplicación de un conjunto de servicios integrados en zonas de alto riesgo.

Resultado 2: Alineación entre los objetivos de inmunización y poliomielitis, lo que da lugar a inversiones en los sistemas y servicios de salud y el PAI que reflejan los objetivos estratégicos del programa contra la poliomielitis, y la contribución de la poliomielitis a los objetivos de inmunización de AI2030 y de los países para reducir el número de niños que no reciben ninguna dosis, demostrado mediante la proporción de campañas de antígenos múltiples.

Resultado 3: Apoyo continuo a iniciativas mundiales y nacionales de salud pública más amplias como vía hacia una transición exitosa de los programas, demostrada a través de un aumento en la cantidad de inversiones en atención primaria de la salud en distritos de alto riesgo en países endémicos y contribuciones del personal apoyado por la poliomielitis a la respuesta a la COVID-19.



© UNICEF / Pakistán

¹³ Las principales zonas subnacionales de alto riesgo de poliomielitis han sido definidas por los programas nacionales de los países endémicos, entre ellas la región meridional del Afganistán y los distritos de los embalses centrales del Pakistán. Estos están sujetos a cambios en función de la epidemiología.

5. Reforzar las labores de detección y respuesta mediante un sistema de vigilancia sensible

A diferencia de las actividades de inmunización que están restringidas en algunas partes del Afganistán, el sistema de vigilancia del poliovirus tiene acceso en todos los distritos y funciona bien en el Afganistán y el Pakistán. Los dos países tienen un fuerte sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda y una extensa red de sitios de vigilancia ambiental que se complementan con muestreos de contacto de rutina y muestreos ocasionales de niños sanos.

Sin embargo, la sensibilidad del sistema de vigilancia a nivel subnacional y en zonas de difícil acceso muestra evidencia de lagunas en la detección. En los dos últimos años, el número y la proporción de virus huérfanos (cadenas de transmisión no detectadas a tiempo) han aumentado. Estos se agrupan en zonas con movimientos regulares de población nómada y migraciones estacionales en el sur del Afganistán y el centro del Pakistán. La propagación del COVID-19, los confinamientos resultantes y los cambios en el comportamiento de búsqueda de salud también han resultado en una disminución transitoria en el número de casos de parálisis flácida aguda reportados.

La IEMP abordará estas brechas y utilizará al máximo las innovaciones tecnológicas y los nuevos métodos de detección para mejorar aún más la calidad, la sensibilidad y la puntualidad de la vigilancia a nivel subnacional.¹⁴

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

Para mejorar la calidad de la vigilancia, la IEMP cerrará las brechas de vigilancia subnacional en todos los distritos de bajo rendimiento mientras trabaja para ofrecer mejoras incrementales en todo el sistema. En los dos países en los que la poliomielitis es endémica, el programa:

- fortalecerá la vigilancia de la parálisis flácida aguda en los distritos de bajo rendimiento centrándose en mejorar la vigilancia activa y aumentar el uso de la vigilancia basada en la comunidad en zonas de difícil acceso;
- respaldará la expansión de la vigilancia ambiental en el Afganistán, optimizando al mismo tiempo el tamaño de la red de vigilancia ambiental en el Pakistán;
- acortará el marco de tiempo desde el inicio de los síntomas de un caso de parálisis flácida aguda hasta la disponibilidad de los resultados finales mediante:
 - buscar ahorros de tiempo en cada etapa del proceso entre el inicio del caso y la llegada de la muestra al Laboratorio Regional de Referencia; y
 - reducir sustancialmente el tiempo entre la llegada de la muestra al laboratorio y los resultados finales mediante la aplicación de la detección directa y otras nuevas tecnologías para la detección y caracterización temprana de virus;
- ampliar los sistemas de vigilancia basados en la web que se utilizan actualmente para mejorar la calidad y la precisión de los datos mediante el cambio de todos los instrumentos restantes de recopilación de datos sobre el terreno y basados en papel a un formato electrónico;
- establecer una estrategia nacional de fomento de la capacidad de vigilancia que imparta capacitación periódica a nivel nacional y subnacional para mitigar la deserción del personal;
- intensificar la integración de la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación en el plan de trabajo de vigilancia de la poliomielitis¹⁵, comenzando por la COVID-19 y el sarampión, en coordinación con las oficinas de vigilancia y respuesta a las enfermedades a nivel nacional bajo la dirección de los centros de operaciones de emergencia nacionales y provinciales; y
- garantizar un examen mensual de la vigilancia a nivel subnacional y un examen trimestral de los resultados de la vigilancia a nivel nacional; adoptar actividades nacionales y subnacionales de supervisión, supervisión y supervisión que se refuercen a sí mismas y que brinden oportunidades para la evaluación continua del sistema, la capacitación y la orientación del personal y (lo que es más importante) los datos para una respuesta rápida.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Aplicación mundial coherente de las normas de vigilancia, con especial atención a los distritos prioritarios para la poliomielitis, medidos en función de la proporción de distritos que cumplen las normas de vigilancia de la parálisis flácida aguda y la proporción de centros de es que cumplen los umbrales de alta sensibilidad.

Resultado 2: Aumento de la velocidad de detección y la exactitud del sistema de vigilancia corroborado a través de la obtención de muestras de heces suficientes desglosadas por sexo en (cuando menos) el 80% de los casos, y la proporción de infecciones por WPV y VDPV en las que se informaron los resultados de laboratorio definitivos antes de que transcurrieran 35 días desde la aparición de los casos de parálisis flácida aguda o la recolección de muestras de vigilancia ambiental.

¹⁴ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Plan de Acción Mundial de Vigilancia de la Poliomielitis, 2018–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-EN-1.pdf>, consultado el 14 de junio de 2021). Revisión en curso.

¹⁵ Sírvase consultar las recomendaciones de vigilancia en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Reunión del Grupo de Asesoramiento Técnico sobre la erradicación de la poliomielitis en el Pakistán. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; junio de 2020; pág. 15 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Pakistan-TAG-Report-June-2020-FV.pdf>, consultado el 14 de junio de 2021).



Objetivo 2

Detener la transmisión de cVDPV e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica

Para 2026, la IEMP tiene previsto lograr detener la transmisión de cVDPV2 y validar la ausencia de cVDPV2 en todos los países en los que actualmente hay brotes epidémicos mediante el cambio a una estructura de gestión de emergencias con funciones y responsabilidades claramente definidas, el desarrollo e implementación de un marco integral de rendición de cuentas, el aumento de la propiedad gubernamental a través de la promoción política, y el fortalecimiento de las capacidades regionales y nacionales para un sistema de vigilancia sensible y rápido, y una respuesta de alta calidad. Se buscarán herramientas y métodos innovadores, así como nuevas asociaciones, para fortalecer las operaciones de respuesta al brote.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

En abril de 2016, tras la declaración de 2015 de la erradicación de la VPP tipo 2, se implementó un cambio global de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a una bOPV que solo contenía el tipo 1 y el tipo 3 para eliminar todas las vacunas de tipo 2 atenuadas en vivo y su riesgo asociado. Si bien esta retirada coordinada fue precedida por la introducción de una dosis de vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) en los calendarios nacionales de inmunización e intensificó los esfuerzos por aumentar la inmunidad de la población tipo 2, estos esfuerzos no fueron exitosos ni oportunos en muchos países, creando brechas de inmunidad de tipo 2. Además, las respuestas a los brotes de cVDPV2 previstos fueron de calidad desigual, utilizaron sustancialmente más vacunas orales monovalentes contra la poliomieltis tipo 2 (mOPV2) de lo previsto y dieron lugar a considerablemente más emergencias de poliovirus derivados de la vacuna tipo 2 (VDPV2) y brotes de cVDPV2 de lo previsto. Desde el cambio, han surgido 64 brotes de cVDPV2, que se han extendido a 33 países en cuatro regiones y han dado lugar colectivamente a 1572 casos de poliomieltis parálitica hasta 2020.¹⁶ En 2020 se detectaron 1051 casos con cVDPV2 en 29 países, de los cuales 14 países se vieron afectados por primera vez en 2020.¹⁶ El reciente aumento de casos ha sido impulsado por brotes expansivos en el Afganistán, el Pakistán, el Chad y Côte d'Ivoire, que en conjunto representan el 59% del total de casos notificados en 2020. La pausa relacionada con el COVID-19 en las campañas contra la poliomieltis de marzo a julio de 2020, junto con las interrupciones relacionadas con las actividades esenciales de inmunización y puesta al día con la IPV, también condujeron a un aumento de la transmisión. A principios de 2021, los riesgos asociados con la propagación de los brotes de cVDPV2 en curso crecieron, ya que los brotes cada vez mayores amenazaron a grandes poblaciones que carecen de inmunidad de tipo 2. (Si desea consultar la situación epidemiológica actual, sírvase consultar el **anexo B**).

DESAFÍOS ACTUALES

La propagación y la continuación de los brotes actuales de cVDPV2 están impulsadas por varios

¹⁶ La IEMP proporciona semanalmente información actualizada sobre la epidemiología mundial de los poliovirus vacunales circulantes, a la que se puede acceder en línea en <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus>.

factores, en particular la disminución de la inmunidad de la mucosa al virus tipo 2 entre los niños pequeños nacidos después del cambio; baja cobertura de inmunización esencial con IPV; patrones de migración regional que permiten que el virus salte de una población a otra; retrasos en la detección de brotes de cVDPV2; el alcance limitado de las campañas de vacunación complementarias impulsado por la limitada disponibilidad de reservas mundiales de vacunas; la demora en la aplicación de medidas de control; y campañas de vacunación complementarias de calidad variable en las actividades de respuesta a brotes. Cuando se llevan a cabo campañas de mOPV2 de gran alcance y calidad desigual en estos entornos, aumenta el riesgo de sembrar nuevas emergencias en zonas de baja cobertura y zonas limítrofes con zonas de respuesta, prolongando así el ciclo.¹⁷ Estas prioridades competitivas entre los países y los donantes, el compromiso político limitado y la falta de rendición de cuentas tanto para los países como para los asociados de la IEMP sustentan estos desafíos.

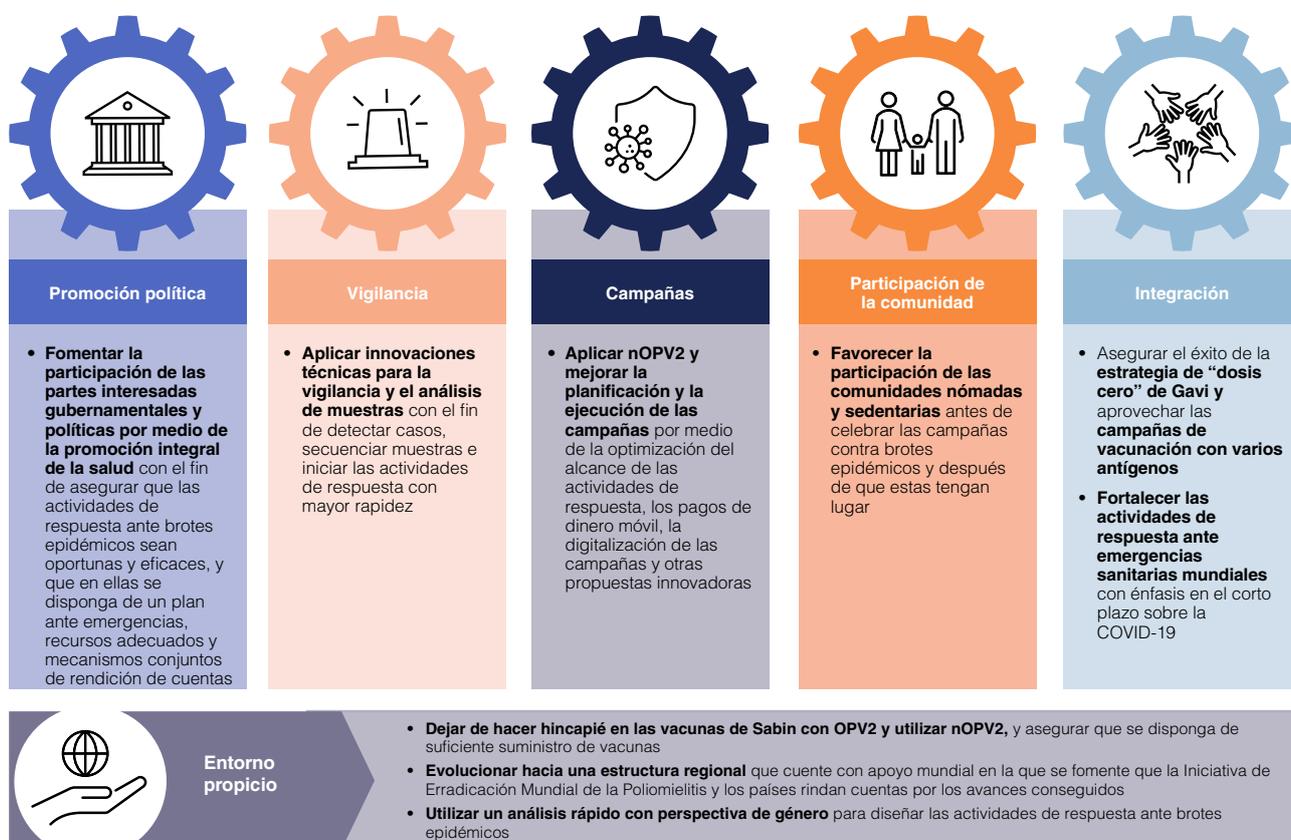
RUTA PARA DETENER LA TRANSMISIÓN DE cVDPV2 E IMPEDIR QUE SE PRODUZCAN BROTES EPIDÉMICOS EN LOS PAÍSES EN LOS QUE LA ENFERMEDAD NO ES ENDÉMICA

La IEMP trabajará sobre una base de emergencia para garantizar la detección rápida de casos y una fuerte respuesta a los brotes para detener rápidamente la transmisión de cVDPV2 y minimizar el riesgo de sembrar nuevas emergencias. La clave para el éxito de la respuesta es mantener un sistema de vigilancia sensible para detectar rápidamente cualquier poliovirus, seguida de campañas de respuesta rápida con la calidad suficiente para lograr altos niveles de cobertura de vacunación vinculados a servicios de inmunización esenciales sólidos para minimizar el riesgo de que un poliovirus vuelva a establecer un punto de apoyo.

Los nuevos enfoques para interrumpir la transmisión de cVDPV2 (véase el **gráfico 7**) incluyen:

- actividades de promoción política coordinadas y específicas en los países en los que se produzcan brotes epidémicos, con el fin de vincular las actividades de preparación y respuesta ante brotes de poliomielitis con las prioridades sanitarias más amplias de los países;
- estructuras de mando de emergencia para responder en los planos nacional, regional y mundial y adoptar decisiones rápidamente durante las labores de detección de brotes epidémicos y las actividades de respuesta ante ellos;

Gráfico 7. Objetivos estratégicos y actividades fundamentales para el objetivo 2



nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; OPV2 = vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2

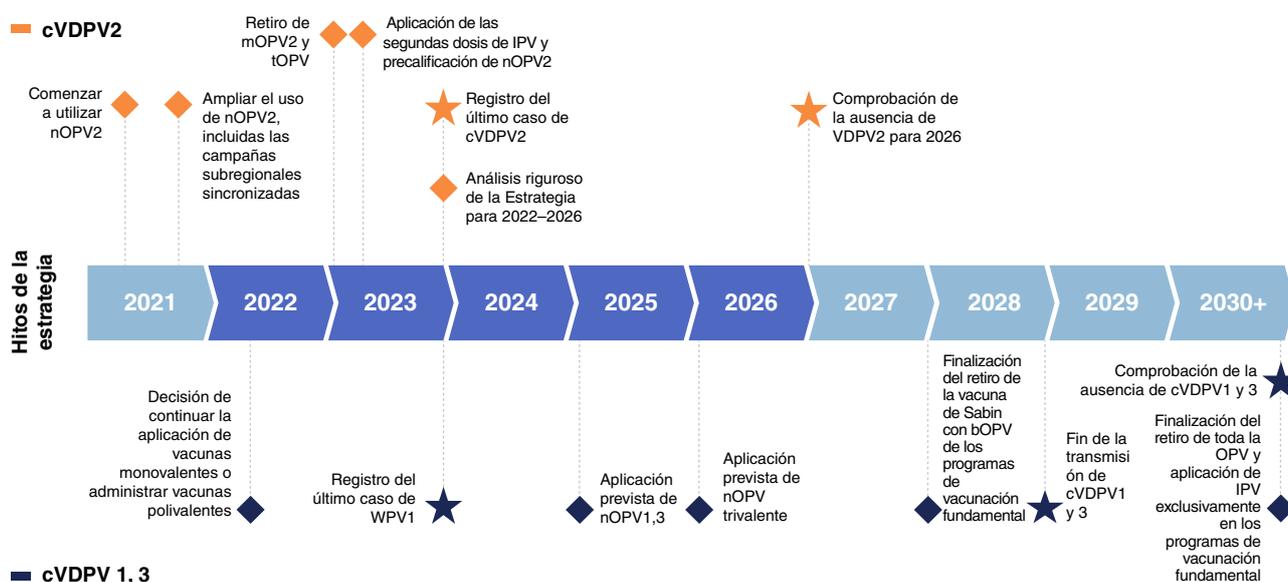
Fuente: OMS.

¹⁷ La vacuna de Sabin OPV ha sido fundamental para la reducción mundial de los casos de poliomielitis y la erradicación mundial de WPV2 y WPV3, según lo declarado por la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CCG) en 2015 y 2019, respectivamente. En raras ocasiones, sin embargo, el virus vivo atenuado en la vacuna puede causar síntomas neurológicos de poliomielitis y convertirse en VDPV. Cuando la inmunidad de la población es baja, este VDPV puede comenzar a circular, causando un brote de cVDPV.

- el fortalecimiento de la capacidad regional y nacional de apoyo a las actividades de vigilancia y respuesta ante brotes;
- la aplicación de la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 con el fin de reducir al mínimo la siembra de brotes epidémicos, y otros nuevos instrumentos, enfoques y asociados con miras a mejorar las labores de vigilancia, la velocidad y la calidad de las actividades de respuesta ante los brotes, y la participación de la comunidad; y
- estrecha coordinación con el Programa Ampliado de Inmunización del país y los asociados esenciales en materia de vacunación con el fin de determinar las comunidades en las que la vacunación es insuficiente o nula en las regiones geográficas prioritarias para la lucha contra la poliomielitis.

El programa tiene como objetivo informar sobre el último aislamiento de cVDPV2 para fines de 2023, desarrollar nuevos OPV para los tipos 1 y 3 para detener toda la transmisión de cVDPV en 2028 y, finalmente, la transición a la inmunización esencial exclusiva de IPV. A continuación se identifican los principales hitos y medidas para el éxito en relación con la interrupción de la transmisión de cVDPV en los países con brotes y en riesgo (véase el **gráfico 8**).

Gráfico 8. Hitos para detener la transmisión de cVDPV en los brotes epidémicos y los países en riesgo de 2021 a 2030 y más



bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; cVDPV1 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 1; cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; cVDPV3 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 3; IPV = vacuna con poliovirus inactivados; mOPV2 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; nOPV1,3 = nuevas vacunas antipoliomielíticas orales de tipos 1 y 3; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; OPV = vacuna antipoliomielítica oral; tOPV = vacuna antipoliomielítica oral trivalente; VDPV2 = poliovirus de origen vacunal de tipo 2; WPV1 = poliovirus silvestre de tipo 1.

Fuente: OMS.

1. Crear un sentido de urgencia y rendición de cuentas mediante actividades de promoción con el fin de generar una mayor voluntad política

La promoción política será fundamental para aumentar la propiedad y la rendición de cuentas del gobierno y detener urgentemente los brotes de cVDPV2. En la Región de África, por ejemplo, existe una falta de conciencia sobre la necesidad de continuar los esfuerzos para detener la creciente propagación de los brotes de cVDPV2 debido a la reciente certificación de la región como libre de WPV en agosto de 2020. Además, la pandemia de COVID-19 ha desplazado el enfoque de la salud pública nacional a la respuesta anticovidica, la recuperación económica y la seguridad sanitaria. Si bien la salud y las inmunizaciones nunca han ocupado un lugar más destacado en el programa mundial, los programas de larga data, como la erradicación de la poliomielitis, se ven gravemente afectados por graves limitaciones de recursos políticos y financieros, lo que da lugar a una urgencia y una priorización insuficientes de las actividades para poner fin a los brotes de cVDPV2 y mantener a las regiones libres de WPV. El panorama más amplio de la desinformación/desinformación relacionada con las vacunas también requiere nuevas tácticas de promoción para atraer el interés y la participación política.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

Para hacer frente a estos desafíos, la IEMP reconstruirá la experiencia en defensa política a través de los niveles nacional, regional y global de la asociación, así como atraerá a socios externos con experiencia multidisciplinaria para garantizar una capacidad suficiente y dedicada a esta área clave de trabajo. Las estrategias de promoción política específicas serán esenciales para fortalecer la identificación y la rendición de cuentas por parte del gobierno.

Para lograr un mayor apoyo gubernamental, la IEMP:

- involucrar proactiva y regularmente a las partes interesadas del gobierno y a terceros influyentes para garantizar una comprensión coherente de los desafíos y las acciones necesarias para poner fin a los brotes de cVDPV2, para escuchar y recopilar comentarios sobre cómo la IEMP puede apoyar mejor a los gobiernos, y para promover la rendición de cuentas conjunta en las asociaciones de la IEMP con los gobiernos para poner fin urgentemente a todas las formas de poliomielitis;
- aprovechar las plataformas y los asociados regionales (por ejemplo, la Unión Africana y sus entidades centradas en la salud), los mecanismos existentes (por ejemplo, AI2030), los subcomités ministeriales en las regiones del Mediterráneo oriental y África, los nuevos cuadros de mando específicos, los campeones locales, la sociedad civil y las organizaciones religiosas para elevar la poliomielitis e impulsar la rendición de cuentas para poner fin a los brotes de cVDPV2;
- comunicar a las partes interesadas del gobierno la importancia de los activos contra la poliomielitis para otras prioridades apremiantes de los países, destacando el valor de las herramientas, la fuerza laboral y la infraestructura contra la poliomielitis como una inversión clave en una respuesta de emergencia más amplia y en la preparación para futuras pandemias. Para ello será necesaria la coordinación y la colaboración con otros programas de salud a fin de elaborar enfoques conjuntos de promoción, incluida la cobertura esencial de inmunización contra la poliomielitis y otras formas de inmunización contra la poliomielitis;
- con los socios de inmunización, así como con los actores humanitarios y las organizaciones de la sociedad civil (OSC), hacen un llamado para la recuperación urgente del impacto de COVID-19 en la cobertura de inmunización para proteger a los más vulnerables de las VPDs y para garantizar que los niños estén inmunizados contra la poliomielitis en estados frágiles; y
- explorar oportunidades de financiamiento innovadoras para fortalecer la rendición de cuentas e incentivar una respuesta eficaz y urgente al brote. Cuando sea posible, la IEMP abogará por contribuciones nacionales para apoyar las actividades y los activos de la poliomielitis a fin de impulsar la acción para poner fin a los brotes de cVDPV2, garantizando al mismo tiempo que estos activos estén disponibles para apoyar a los sistemas de salud a largo plazo.

Este enfoque proactivo de promoción se basará en el análisis del panorama político a nivel nacional y regional y en la cartografía de las partes interesadas; adaptado en el contexto de otras prioridades apremiantes de los países; y se actualiza continuamente mediante un diálogo continuo y bidireccional con las partes interesadas políticas y de terceros. Además, las actividades de promoción mundiales y regionales estarán estrechamente vinculadas a los subcomités ministeriales, a los mecanismos regionales y nacionales de rendición de cuentas y a la ampliación de la integración en los países en que se produzcan brotes.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Mayor identificación de los gobiernos y compromiso político, medido mediante la vigilancia del número de países que declaran una emergencia de salud pública en el plazo de una semana a partir de la confirmación del brote.

Resultado 2: Personal calificado que esté disponible de manera rápida y fiable para apoyar la respuesta al brote documentado tanto para la IEMP como para el personal gubernamental para cada respuesta al brote y revisado periódicamente como parte del marco regional de rendición de cuentas.

Resultado 3: Documentar y examinar las contribuciones nacionales mensurables a las actividades de respuesta a los brotes para todas las respuestas a los brotes.

2. Reforzar las labores de detección y respuesta mediante un sistema de vigilancia sensible

Solo puede detenerse la transmisión de cVDPV2 en todas las regiones si las actividades de respuesta a los brotes se basan en redes y herramientas de vigilancia sensibles, generalizadas y adecuadamente rápidas. Con la expansión de los brotes de cVDPV2 y otros países considerados en riesgo, las metodologías de vigilancia deben ampliarse rápidamente para incluir la vigilancia de las CE y la vigilancia basada en la comunidad en más geografías como complemento de la vigilancia tradicional de las AFP¹⁸. Además, las capacidades de vigilancia deben evolucionar y mantenerse indefinidamente para apoyar el compromiso de AI2030 con una integración más amplia de la vigilancia de la VPD, manteniendo los requisitos de notificación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y para monitorear la transmisión comunitaria en el caso altamente improbable pero de alto impacto de una violación de contención de un laboratorio o instalación de fabricación de vacunas (consulte la sección «Preparación para el mundo posterior a la certificación»).

¹⁸ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Plan de Acción Mundial de Vigilancia de la Poliomielitis, 2018–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-EN-1.pdf>, consultado el 15 de junio de 2021). Revisión en curso.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

Aunque la vigilancia de la parálisis flácida aguda y la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos siguen siendo el estándar de oro en la vigilancia de los poliovirus, las preocupaciones sobre la propagación de los cVDPV y la necesidad de mantener la vigilancia a perpetuidad han provocado cambios en el enfoque de vigilancia de la IEMP.

Este enfoque transformado se logrará a través de:

- apoyar a los países en transición a sistemas de vigilancia electrónica adaptados a los sistemas nacionales de información sanitaria y a las políticas y estrategias nacionales de salud electrónica para garantizar que todos los programas puedan beneficiarse de la inversión y la interoperabilidad en materia de poliomielitis¹⁹;
- apoyar a los países en el establecimiento y la apropiación de normas de calidad rigurosas para la vigilancia de la parálisis flácida aguda; implementar y optimizar sistemas de vigilancia eficientes y sostenibles de vigilancia ambiental y basados en la comunidad; y trasladar, cuando sea posible, las pruebas de laboratorio y los análisis de secuencias de poliovirus al nivel de los países;
- implementar innovaciones en el seguimiento y transporte de muestras, dirigidas a las geografías con los retrasos más pronunciados;
- la aplicación de la detección directa y otras nuevas tecnologías para la detección y caracterización de virus;
- la adopción de sistemas y actividades nacionales y subnacionales de supervisión, supervisión y supervisión que brinden oportunidades para la evaluación continua del sistema, la capacitación y orientación del personal y el uso de datos para una respuesta rápida, como la información para la acción basada en la web (WebIFA) y la vigilancia electrónica (eSURV);
- la integración con otros sistemas de vigilancia de la VPD y el cumplimiento de los compromisos de la IEMP como componente integral de la estrategia mundial sobre la vigilancia integral de la VPD²⁰; y
- la evolución de la vigilancia, en particular en los países sin brotes activos, para que sea una responsabilidad compartida entre los gobiernos y la IEMP, sentando las bases para la transición al mundo posterior a la certificación.

Como reflejo de las prioridades de integración de la IEMP, se prestará especial atención al desarrollo de la capacidad compartida dentro de los países para apoyar los objetivos de integración de las enfermedades prevenibles mediante vacunación a largo plazo, incluidas las actividades sobre el terreno. A corto plazo, los recursos de diagnóstico del poliovirus se alinearán e integrarán con otros procedimientos de diagnóstico de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, siempre que sea posible. A más largo plazo, la IEMP trabajará para establecer redes de vigilancia compartidas, capacidad de laboratorio y sistemas de información para mejorar la eficiencia, la puntualidad y la coordinación en toda la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Las soluciones para lograr una detección más rápida del poliovirus (véase el apartado titulado «**El tiempo es un factor fundamental**») se priorizarán inicialmente para los brotes actuales de cVDPV2 y los países de alto riesgo para permitir mejoras en la puntualidad y la eficacia de la campaña, incluida la transición al uso de nOPV2. Algunos retrasos en la detección en la región de África (y algunos países africanos en la región del Mediterráneo oriental) han ralentizado algunas respuestas a los brotes y han contribuido a la propagación de cVDPV2. Dado el riesgo de propagación del brote, se debe dar prioridad a estos países para mejorar la velocidad y la sensibilidad de la vigilancia, las herramientas y los indicadores, incluida la vigilancia ambiental. Para acortar el proceso de lanzamiento de una respuesta rápida en lugares sin el uso reciente de la vacuna oral contra la poliomielitis tipo 2 (OPV2) y después de la confirmación de la detección del poliovirus tipo 2, el desarrollo de la evaluación de riesgos debe comenzar inmediatamente en lugar de esperar la confirmación de cVDPV2.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Aplicación mundial coherente de las normas de vigilancia medidas mediante el seguimiento del porcentaje de distritos que alcanzan una tasa de parálisis flácida aguda no poliomiélica de $>2/100$ 000 y sitios ambientales que cumplen un umbral de sensibilidad de al menos el 50% de muestras positivas para enterovirus durante seis meses o más.

Resultado 2: Aumento de la velocidad de detección y la exactitud del sistema de vigilancia corroborado a través de la obtención de muestras de heces suficientes desglosadas por sexo en (cuando menos) el 80% de los casos, y la proporción de infecciones por WPV y VDPV en las que se informaron los resultados de laboratorio definitivos antes de que transcurrieran 35 días desde la aparición de los casos de parálisis flácida aguda o la recolección de muestras de vigilancia ambiental.

¹⁹ Por ejemplo, los conjuntos de datos del SIG para la microplanificación de la poliomielitis pueden integrarse en los sistemas nacionales de gestión de la información sanitaria y utilizarse para la entrega de mosquiteros, las estimaciones alternativas de población generadas para la poliomielitis pueden integrarse en los sistemas nacionales existentes y utilizarse en otros programas, y las tecnologías móviles que benefician a la poliomielitis pueden utilizarse para otros programas.

²⁰ Global strategy for comprehensive Vaccine-Preventable Disease (VPD) surveillance. División de la OMS de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos (IVB). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-\(vpd\)-surveillance](https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-(vpd)-surveillance), consultado el 15 de junio de 2021).

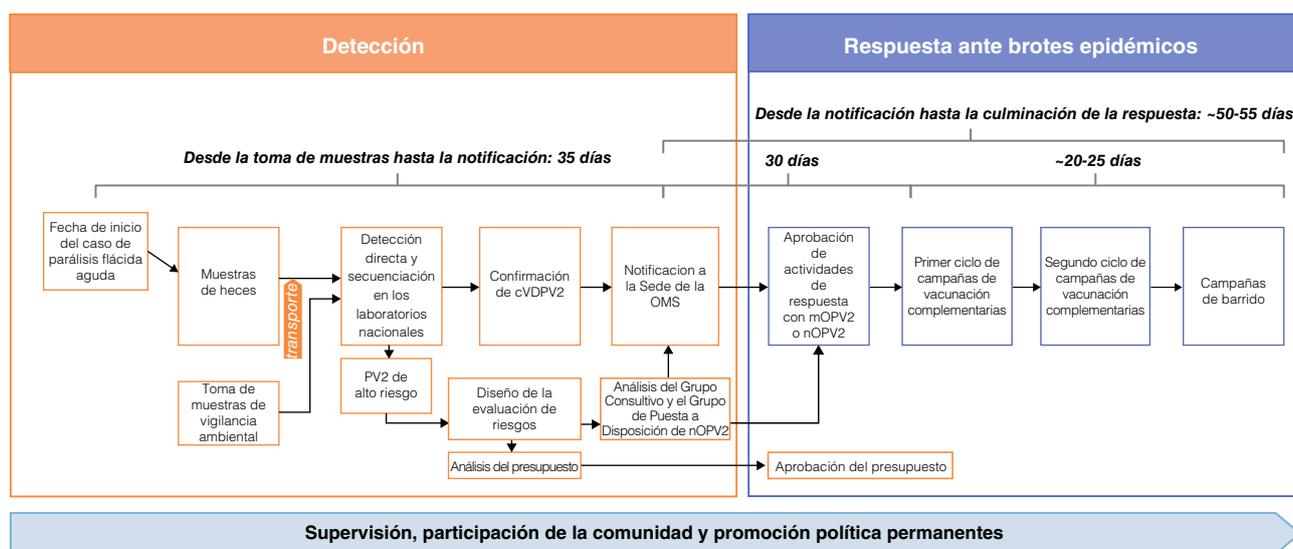
El tiempo es un factor fundamental

El período que transcurre entre la obtención de muestras y la confirmación de cVDPV es fundamental para detectar brotes epidémicos y poner en marcha actividades de respuestas oportunas. Conforme los brotes se han propagado por países en los que no ha habido poliomielitis durante mucho tiempo, los períodos se han ampliado y ello ha contribuido a los retrasos en la notificación de brotes epidémicos de cVDPV2.

Las oportunidades de mejora en cada etapa que transcurre desde el terreno hasta la confirmación de laboratorio acelerarán los tiempos de respuesta ante los brotes. La detección de poliovirus directamente de muestras de heces es un método nuevo y más rápido para detectar poliovirus que contribuirá a reducir el tiempo de análisis de laboratorio hasta en una semana. La reducción en el tiempo de análisis también mejora si la detección directa se combina con la secuenciación en el lugar, lo que evita que se formen cuellos de botella en el transporte internacional de muestras (véase el **gráfico 9**). Al reducir el tiempo de procesamiento de las muestras procedentes de pacientes con parálisis flácida aguda desde el momento de la obtención, los resultados están disponibles con mayor prontitud para planificar y ejecutar rápidamente las actividades de respuesta. Ese proceso también podría contribuir a lograr los objetivos de contención del GAPIII para disminuir la inoculación de cultivos celulares que hacen posible la replicación de poliovirus.* Para aumentar al máximo la eficacia en la reducción del tiempo de obtención de los resultados de laboratorio, la detección directa debe optimizarse aún más para llevar a cabo análisis de muestras de aguas residuales, y deben desarrollarse métodos complementarios para caracterizar los poliovirus detectados mediante una secuenciación genética rápida en más laboratorios.

* GAPIII: Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral, tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf, consultado el 15 de junio de 2021).

Gráfico 9. Situación deseable de las actividades de detección y respuesta ante brotes epidémicos en el futuro



cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; mOPV2 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; PV2 = poliovirus de tipo 2;

Fuente: OMS.

3. Aumentar los éxitos en primera línea mediante modificaciones a las operaciones de respuesta ante brotes epidémicos

Para detener rápidamente los brotes de cVDPV, la respuesta a la vacunación debe desplegarse rápidamente después de la identificación de la respuesta al brote en campañas de alta calidad y con un alcance adecuado para detener la transmisión y prevenir la propagación fuera del área de respuesta al brote (véase el **gráfico 9**). Para ello, la IEMP optimizará aún más la respuesta al brote mediante directrices operativas actualizadas, estructuras racionalizadas de toma de decisiones y respuesta de emergencia, coordinación transfronteriza, recursos adecuados y mejoras operativas para facilitar la movilización rápida para la respuesta al brote en los países.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

La incorporación y la aplicación a gran escala de nOPV2 para la respuesta al brote de cVDPV2 es un enfoque principal de esta nueva estrategia. La reducción prevista del riesgo de que nOPV2 separe nuevos brotes permitirá aumentar el alcance del uso de vacunas en poblaciones que no han visto la OPV2, lo que debería permitir a los países detener más rápidamente la transmisión y prevenir la propagación fuera de las zonas de respuesta. Para ser eficaz, el uso de nOPV2 debe ir acompañado de mejoras en la planificación, ejecución y supervisión de la respuesta para garantizar respuestas rápidas y de alta calidad. (Véase el apartado titulado «**nOPV2: un instrumento muy esperado**»).

La planificación de la respuesta a los brotes y las mejoras en la ejecución incluirán:

- garantizar el uso óptimo de la vacuna, incluido el nOPV2, sobre la base de la situación epidemiológica imperante y la preparación del país para el uso del nOPV2 con arreglo al procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias (EUL);
- acelerar la respuesta de emergencia mediante planes de respuesta a brotes rápidamente respaldados a nivel regional y una estructura de mando de incidentes que funcione a todos los niveles dentro de la IEMP para guiar y dirigir la respuesta al brote, incluida la rápida transferencia de fondos de las regiones a los países a los trabajadores sobre el terreno (véase el apartado titulado «**Movilizar dinero más rápido**»);
- utilizar y ampliar los mecanismos de coordinación existentes en los gobiernos del país para establecer salas de control de la poliomielitis, lo que permite el uso de datos en tiempo real para la adopción de decisiones y una estructura de gestión de incidentes para racionalizar las operaciones de emergencia;
- optimizar la preparación para brotes y la capacidad de respuesta en los países de alto riesgo mediante un mecanismo de contratación regional que proporcione una implementación rápida y flexibilidad para trasladar al personal de apoyo técnico entre los países sobre la base de la evolución de la epidemiología, el rendimiento y la rendición de cuentas y mediante la determinación de sinergias con los planes de respuesta a los brotes notificados anualmente a la comisión regional de certificación, las medidas del plan estratégico de respuesta a los brotes de sarampión y otras iniciativas de desarrollo de la violencia contra el sarampión²¹;
- la utilización de análisis rápidos de género, evaluaciones locales de riesgos e insumos de modelización para optimizar el alcance de la respuesta al brote, incluidos enfoques dirigidos específicamente a las comunidades nómadas y otras comunidades móviles;
- digitalizar toda la respuesta al brote, desde la planificación hasta la vigilancia dentro y después de la campaña, a fin de utilizar un enfoque basado en pruebas para evaluaciones claras de la cobertura y la calidad de la respuesta, incluidos los datos de vigilancia desglosados por edad y sexo; y
- garantizar un papel más importante de las mujeres en las operaciones de respuesta al brote mediante una mayor participación en la supervisión, gestión, supervisión y parto de la respuesta al brote.

La IEMP está actualizando los manuales de procedimientos operativos normalizados y campañas de vacunación complementarias con el fin de reflejar los nuevos desarrollos, realidades y herramientas, y la necesidad de mejorar la velocidad y la calidad de las campañas para garantizar que los brotes se detengan de manera rápida y eficiente.²² Para garantizar el éxito de la implantación de nOPV2, la planificación exhaustiva ha trazado escenarios potenciales e identificado puntos de decisión fundamentales para apoyar el uso de nOPV2 en los países (véase el **anexo G**).

Movilizar dinero más rápido

Los pagos en efectivo para las operaciones de la campaña ante brotes epidémicos han provocado retrasos en las campañas, operaciones de mala calidad y que la fuerza laboral se desmotive debido a los retrasos en los pagos.[†] En la nueva estrategia, la IEMP ampliará los programas de dinero móvil (pago digital) con el fin de acelerar la distribución de fondos, mejorar la calidad de las labores de respuesta ante brotes y aumentar la satisfacción de los trabajadores.[‡] En un país (Côte d'Ivoire), el tiempo promedio de pago para la segunda campaña fue de dos horas, frente al promedio de tres semanas del procesamiento de pagos en efectivo, lo que demuestra la considerable repercusión que el dinero móvil tiene sobre las campañas ante brotes epidémicos.

[†] En el primer trimestre de 2020, el 50% de las campañas ante brotes de poliomielitis en la Región de África se retrasaron o se vieron afectadas negativamente por el retraso en la distribución de los fondos en el plano operativo.

[‡] En 2020, más de 50 000 trabajadores de primera línea de las campañas en Côte d'Ivoire, Mali y Ghana recibieron un pago rápido y transparente a través de dinero móvil.

²¹ Plan Estratégico de Respuesta a los Brotes de Sarampión 2021-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340657/9789240018600-eng.pdf>, consultado el 15 de junio de 2021).

²² Los manuales actualizados de procedimientos operativos normalizados y campañas de vacunación complementarias referentes a brotes epidémicos se publicarán en el sitio web de la IEMP conforme se disponga de ellos (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines>, consultado el 15 de junio de 2021).

nOPV2: un instrumento muy esperado

La OPV se ha utilizado durante 50 años y ha sido eficaz para detener los cVDPV2 en las zonas de las actividades de respuesta. Entre 2019 y 2020, casi el 80% de los brotes epidémicos de cVDPV2 se detuvieron después de dos campañas en las que se aplicó vacuna de Sabin con OPV2. Sin embargo, debido al riesgo de que el virus de la vacuna que contenía la OPV originalmente recuperara la neurovirulencia y sembrara nuevos brotes epidémicos, el programa comenzó a invertir en 2011 con el fin de desarrollar una nOPV2. La nueva vacuna comenzó ensayos de Fase I y II en 2017 y 2019, respectivamente, en los que se comprobó la seguridad, la inmunogenicidad y la estabilidad genética que harán que sea menos probable que el virus de la vacuna vuelva a adquirir una forma que pueda causar parálisis. La nOPV2 superó el procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias a finales de 2020, y actualmente se aplica en los primeros países en los que se registraron brotes epidémicos con el fin de terminar de comprobar que está lista.

Existe una acuciante necesidad de disponer de la nOPV2. La administración de la nOPV2 es una decisión que adoptaron los asociados y las autoridades nacionales de vacunación, por ejemplo, el Ministerio de Salud, el Grupo de Asesoramiento Técnico nacional de vacunación y los organismos nacionales de reglamentación. Conforme los países cumplen los requisitos para aplicar la nOPV2 deben comprometerse a vigilar ininterrumpidamente la seguridad y la eficacia de la vacuna en de conformidad con el acuerdo del procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias y en asociación con la IEMP y el fabricante de la vacuna. A medida que más países concluyen los procesos de verificación de idoneidad para la administración de la nOPV2 y el período inicial de uso dé paso a una aplicación más amplia, está previsto que el uso de vacuna de Sabin con OPV2 en las actividades de respuesta ante brotes disminuya a lo largo de 2021. Si los datos de campo y los estudios en curso con nOPV2 siguen evaluándose como favorables, la mOPV2 se eliminará gradualmente. A efectos de planificación estratégica, la IEMP prevé que en respuesta a todos los brotes con nOPV2 se efectuarán campañas de vacunación complementarias considerablemente más grandes y supone que todos los brotes individuales se detendrán conforme los plazos que figuran en los procedimientos operativos normalizados de respuesta ante brotes epidémicos (si desea consultar más información sobre la planificación para casos de emergencia, sírvase consultar el **anexo G**).

La responsabilidad y la rendición de cuentas de la respuesta al brote recaerán en tres grupos de la IEMP (véase el **gráfico 10**). El Grupo de Respuesta y Preparación ante Brotes Epidémicos actuará como enlace entre los equipos mundiales y regionales que trabajan para responder a los brotes de poliomielitis. Las actividades en las regiones más afectadas por los brotes de cVDPV2 dependerán de dos grupos centrados en los brotes y la respuesta: el Equipo de Respuesta Rápida del África Subsahariana y el Equipo regional de apoyo a la gestión de incidentes para las naciones no endémicas de la región del Mediterráneo oriental. Estos equipos son los órganos de toma de decisiones para las operaciones de respuesta en sus respectivas regiones, con la responsabilidad de la gestión integral de las actividades de respuesta al brote. El Grupo de Respuesta y Preparación ante Brotes Epidémicos gestionará las capacidades operativas en caso de brotes en otras regiones.

Gráfico 10. Equipos mundiales y regionales de respuesta ante brotes epidémicos

* Incluye a los países de la Región del Mediterráneo Oriental en los que la enfermedad no es endémica y se superpone con los países de la Región del Oriente Medio y el África Septentrional (Naciones Unidas).

Fuente: OMS.

Se establecerá un marco de rendición de cuentas en consonancia con los procedimientos operativos normalizados de brotes y se supervisará periódicamente mediante una función de auditoría independiente para evaluar el rendimiento. Los equipos de operaciones regionales estarán vinculados a subcomités ministeriales para facilitar la rendición de cuentas de los países dentro de los mecanismos regionales existentes y examinar periódicamente los indicadores de brotes²³. Además, la Comisión Regional de Certificación de África, los grupos de asesoramiento técnico del Afganistán y el Pakistán y otros órganos consultivos apropiados aumentarán su enfoque en la revisión y validación de la respuesta de VDPV para proporcionar voces independientes sobre las operaciones regionales y el desempeño de la IEMP.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Mejora de la calidad de la campaña, en particular para reducir la cantidad de niños que constantemente no alcanzan las campañas de vacunación complementarias, cuantificadas mediante el seguimiento del porcentaje de brotes cerrados en dos rondas más el barrido dentro de los seis meses siguientes a la identificación del brote.

Resultado 2: Preparación y respuesta oportunas ante los brotes, medidas mediante el seguimiento del número medio de días entre la confirmación del brote y el inicio de la primera campaña de vacunación complementaria.

Resultado 3: Implementación exitosa y oportuna de nOPV2 medida mediante el seguimiento del porcentaje de países objetivo que cumplen los requisitos para el uso de nOPV2 y el seguimiento del número de países que utilizan nOPV2 para la respuesta al brote.

Análisis rápido con perspectiva de género en las actividades de respuesta ante brotes epidémicos

Cuando el género se convierte en parte integral de la evaluación rápida de los brotes epidémicos, ello hace posible que las respuestas sean más eficaces. Los análisis rápidos con perspectiva de género, tal como se definen en los procedimientos operativos normalizados, fortalecen las labores de respuesta ante brotes y refuerzan las actividades para extinguirlos.* Al recopilar y analizar datos desglosados por sexo e información con perspectiva de género, los equipos de primera línea desarrollan una comprensión más sólida de la población que mejora la participación de la comunidad y aumenta la aceptación de la vacuna. A fin de respaldar la incorporación de las actividades con perspectiva de género en el marco de los brotes epidémicos, en una lista de verificación subsecuente se esbozarán las actividades que, desde la contratación de equipos con equilibrio entre los géneros (incluido el personal de refuerzo), hasta la recopilación y el análisis de datos desglosados por sexo para la vigilancia de la parálisis flácida aguda y la supervisión de las campañas, hasta la incorporación de datos sociales específicos de género en las actividades de movilización social, comunicación y participación comunitaria.

* Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 3.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/POL-SOP-V3.1-20200424.pdf>, consultado el 15 de junio de 2021). El análisis rápido con perspectiva de género de la IEMP en las actividades de respuesta ante brotes se orientará mediante la evaluación rápida inicial multisectorial del Comité Permanente entre Organismos y el análisis rápido con perspectiva de género de CARE International. Sírvase consultar: Equipo de Tareas para la Evaluación de las Necesidades del Comité Permanente entre Organismos. Orientaciones de evaluación rápida inicial multisectorial; revisión de julio de 2015 (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf, consultado el 15 de junio de 2021); In Practice, Rapid gender analysis [sitio web]. Ginebra: CARE International; 2021 (<https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, consultado el 15 de junio de 2021).

4. Propiciar la aceptación de las vacunas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto

En los países en situación de brotes y en riesgo, la IEMP adoptará tácticas para optimizar la participación de la comunidad y promover la concienciación y la aceptación de las vacunas. La IEMP ampliará sus modelos de participación y escucha de la comunidad para incluir plataformas digitales y utilizar redes sociales más grandes y consorcios de socios para generar impulso para la respuesta al brote a través de la lucha contra la desinformación y el apoyo a los despliegues de vacunas nOPV2 y COVID-19.

²³ Estos comités incluirán a ministros de salud de los países con el apoyo de los directores regionales de la OMS y el UNICEF, que supervisarán y supervisarán el desempeño de los países.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

Las comunicaciones sobre brotes del programa contra la poliomielitis comenzarán mucho antes de que un vacunador aparezca en la puerta para ofrecer vacunas contra la poliomielitis. Utilizando las lecciones aprendidas y las mejores prácticas universales, la IEMP reimaginará su enfoque para crear rápidamente entornos propicios para las campañas de brotes mediante:

- pasar de un enfoque centrado en la campaña a invertir en la confianza sostenida y la creación de relaciones con las comunidades, así como en la preparación para brotes epidémicos y la preposición de recursos de comunicación en el contexto de las normas sociales locales;
- utilizar las normas mínimas de calidad y los indicadores para la participación de la comunidad para examinar los éxitos y buscar oportunidades para mejorar las actividades de movilización social en entornos de brotes;²⁴ y
- incluir indicadores de participación comunitaria en los paneles de preparación de la campaña para garantizar que las actividades de movilización social se rastreen en función de indicadores significativos y estrategias de mejora «en línea» y «fuera de línea» basadas en la evidencia.

Además, la IEMP explorará nuevas asociaciones locales, redes sociales y plataformas digitales para recopilar datos cualitativos que servirán de base para la acción de comunicación dirigida a llegar a todo tipo de niños perdidos y repositionar recursos de comunicación. Es de suma importancia comprender mejor las razones sociales que subyacen a las vacunas contra la poliomielitis y los desafíos que plantea la resistencia de la comunidad a las vacunas contra la poliomielitis en el contexto de los brotes, en particular en los países con mayor riesgo de aparición de cVDPV en las regiones de África y el Mediterráneo oriental.

Una comunicación sólida y bien respaldada relacionada con los brotes de cVDPV2 y la preparación, la verificación y el uso de nOPV2, cuidadosamente equilibrados y gestionados en el panorama más amplio de la desinformación sobre vacunas, se está convirtiendo en una parte integral de la estrategia de respuesta a los brotes de la IEMP.

Para abordar las muchas complejidades en torno a la introducción de la vacuna en este contexto, la IEMP desarrollará productos y tácticas de comunicación que capitalicen los hitos clave para reiterar las crisis de los brotes de cVDPV2 y la estrategia de la IEMP para interrumpirlos, incluido el papel potencial de nOPV2. Este contenido se preparará para que se implemente con rapidez en caso de brote y ayudará a impulsar a toda la amplia gama de partes interesadas una respuesta rápida y de alta calidad al brote.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Creación y despliegue de capacidades y productos para aumentar rápidamente el conocimiento de la campaña y fomentar la confianza en las vacunas contra la poliomielitis en todos los entornos, llevando a cabo campañas de vacunación complementarias contra brotes de poliomielitis, cuantificadas mediante el seguimiento del porcentaje de campañas en las que los datos apuntan a que >90% de todos los hogares tuvo conocimiento de la celebración de la campaña (sobre la base de ICM y/o LQAS).

Nuevas tácticas en la vanguardia digital

Para hacer frente a las infodemias referentes a las vacunas y luchar contra la desinformación que conduce a la reticencia o el rechazo a las vacunas, la IEMP ha adoptado nuevas tácticas: a) «escuchar» mediante la vigilancia sistemática del ecosistema digital y de las redes sociales a través de plataformas analíticas y tecnología; b) evaluar la magnitud y las posibles repercusiones de los rumores y la desinformación relacionados con las vacunas sobre las actividades de inmunización; y c) comprobar la falsedad del contenido digital nocivo, las noticias falsas y la desinformación sobre vacunas, o anticiparlo proactivamente. Con el fin de mitigar el riesgo que suponen los rumores sobre la nOPV2, la IEMP ha puesto en marcha proyectos en países con brotes epidémicos en los que se rastrean con éxito las redes sociales y el contenido digital dañinos con el fin de adaptar las estrategias para responder a los rechazos de vacunas y mitigar los riesgos para el programa, incluida la posibilidad de que se cometan actos violentos o daños contra los trabajadores de la lucha contra la poliomielitis. Este enfoque innovador y basado en datos seguirá evolucionando con las tecnologías disponibles a fin de fundamentar los sistemas de preparación y respuesta en los países en los que hay brotes epidémicos de alto riesgo.

²⁴ Estándares mínimos de calidad e indicadores para la participación de la comunidad. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; sin fecha (https://www.unicef.org/mena/media/8401/file/19218_MinimumQuality-Report_v07_RC_002.pdf, consultado el 11 de junio de 2021).

5. Acelerar la consecución de avances mediante la intensificación de las labores de integración y la celebración de alianzas unificadas

La IEMP transformará la manera en la que aplica vacunas a los niños que habitan países en los que hay brotes epidémicos y a los que viven fuera de ellos. Los esfuerzos de integración, en particular con los programas esenciales de inmunización y la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, desempeñarán un papel fundamental en la lucha contra los brotes de cVDPV al trabajar para elevar la inmunidad de la población, detectar brotes en todas las regiones con especial atención a las comunidades no alcanzadas y subinmunizadas y mantener la capacidad de responder a futuros brotes.

Dentro de los países con brotes y en riesgo, la cobertura esencial de inmunización sigue siendo variable, lo que dificulta la capacidad de mantener niveles suficientemente altos de inmunidad de la población al poliovirus. Al hacer frente a estos desafíos, la integración promoverá una mayor eficiencia mediante la ejecución conjunta de intervenciones que se consideren críticas hacia la erradicación, así como mediante una mayor coordinación, planificación, gestión y movilización de recursos.

Ámbitos fundamentales en los que se precisan avances

La IEMP evaluará las oportunidades de integrarse con otros programas e iniciativas de salud utilizando el marco de toma de decisiones de integración (véase el **anexo D**). Los equipos de respuesta al brote se coordinarán con el programa ampliado de inmunización y los asociados en la inmunización para mejorar el rendimiento esencial de la inmunización en las zonas de brotes y las geografías vecinas desde las etapas iniciales de planificación y entre las campañas de OPV. Aprovechando el evento del brote como una oportunidad para señalar las debilidades sistémicas del programa ampliado de inmunización, el programa trabajará con las autoridades locales y los asociados más amplios en la inmunización, como Gavi, para movilizar apoyo a fin de fortalecer la inmunización esencial y la atención primaria de la salud. Durante las últimas fases de la respuesta al brote, se considerarán actividades de múltiples antígenos o de intervención.

En los planos mundial y regional la IEMP tiene un papel en la movilización de recursos y la promoción para dirigir los fondos existentes para ampliar los servicios de atención primaria de la salud, incluidos los resultados esenciales de inmunización y la divulgación de la vacunación, junto con IPV. Esto se hará utilizando la estructura de gestión de incidentes para coordinarse ampliamente con los gobiernos, el programa ampliado de inmunización, la atención primaria de la salud y los asociados a fin de identificar a las comunidades de dosis cero y subvacunados para la divulgación, el intercambio de información sobre microplanes para mejorar la focalización y la cobertura esenciales de inmunización, y la integración de la comunicación y los mensajes para promover la inmunización esencial y la atención primaria de la salud.

Para avanzar hacia la alineación y la rendición de cuentas con la integración, la IEMP:

- participar en los marcos operativos y mecanismos de examen de los asociados, como el examen anual del Banco Mundial, los mecanismos y estructuras de propiedad y rendición de cuentas de AI2030 y los mecanismos de operacionalización y examen de Gavi 5.0, para garantizar que las inversiones apoyen mutuamente la erradicación de la poliomielitis y los beneficios más amplios para la salud; y
- utilizar los activos contra la poliomielitis y la promoción de alto nivel, incluso a través del CSP, en apoyo de la adquisición, el registro, la focalización y el despliegue de la vacuna contra la COVID-19.

Al aprovechar el evento del brote para revitalizar la planificación y la acción de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y locales, la IEMP, en colaboración con Gavi y otros socios, tratará de dejar el sistema en el camino de la recuperación al cierre de un brote y fortalecer las medidas de preparación para el brote.

Cómo se define el éxito de las labores

Resultado 1: Alineación entre la poliomielitis y la inmunización, que da lugar a inversiones en el fortalecimiento del sistema de salud y el programa ampliado de inmunización que reflejan los objetivos estratégicos del programa contra la poliomielitis, y la poliomielitis contribuye a la AI2030 y a los objetivos de inmunización de los países, medida mediante el seguimiento de las campañas de vacunación complementarias de vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación en las que se aplica de manera simultánea bOPV y el porcentaje de regiones geográficas subnacionales prioritarias para la lucha antipoliomielítica en las que Gavi y el programa mundial de inmunización invierten de consuno o de manera colaborativa.

Resultado 2: Apoyo continuo a iniciativas mundiales y nacionales de salud pública más amplias como vía hacia una transición exitosa de los programas, cuantificada mediante la cuantía de inversiones en atención primaria de la salud orientadas hacia las zonas de alto riesgo de poliomielitis en los países en los que hay brotes o que están en riesgo de tenerlos, y aportaciones de recursos humanos relativos a la poliomielitis encausados a las actividades de respuesta contra la COVID-19.



Entorno propicio

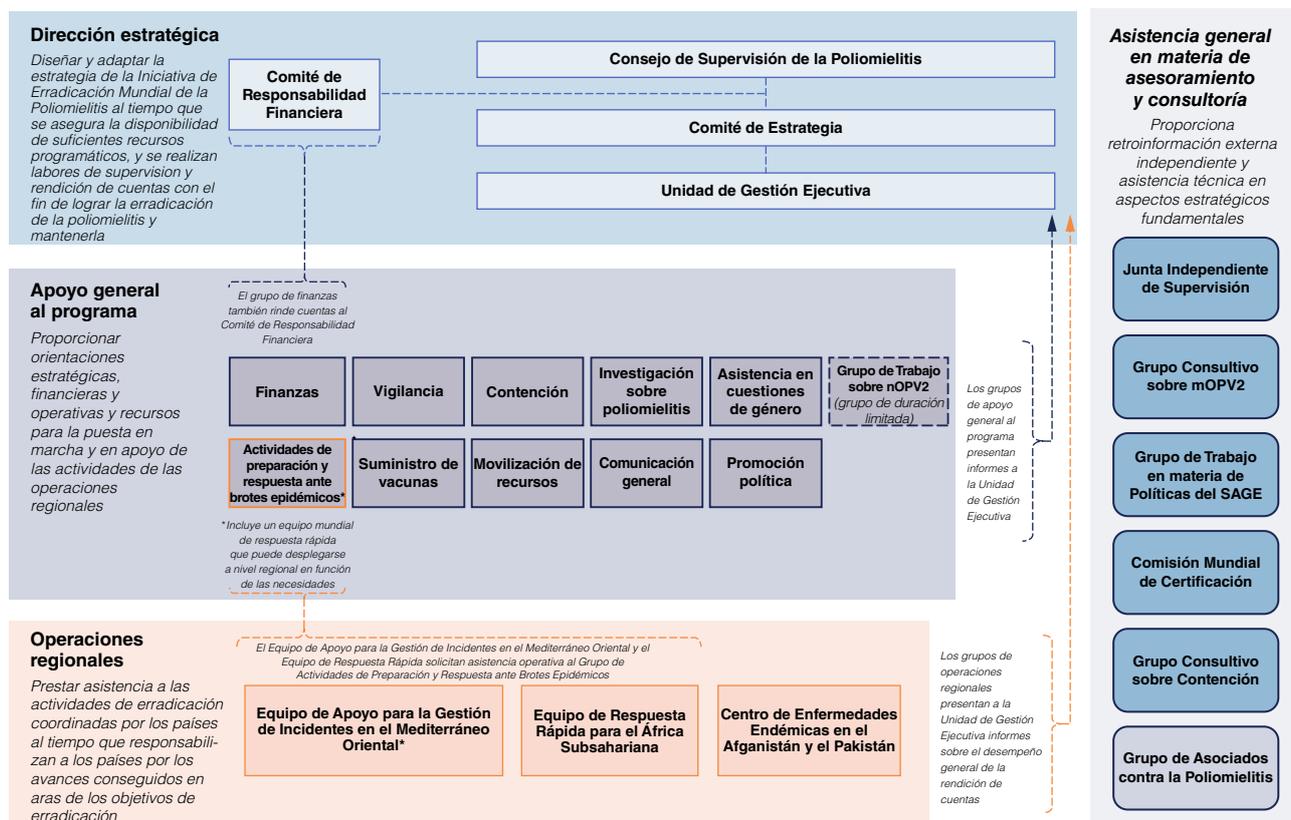
La ejecución satisfactoria de la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** requiere un entorno propicio creado mediante estructuras operativas eficientes; compromisos fundamentales con respecto a la programación y las operaciones que tengan en cuenta las cuestiones de género; estrategias de comunicación eficaces, claras y bien coordinadas; un suministro de vacunas cuidadosamente gestionado; que se mantenga la inversión en innovaciones de investigación; un marco de seguimiento y evaluación basado en datos; y un modelo financiero y movilización de recursos.

1. ESTRUCTURA DE LA IEMP

La IEMP llevó a cabo un examen amplio de la gobernanza y la gestión para reestructurar el programa a fin de que fuera adecuado para la erradicación de la poliomielitis. El proceso de reestructuración incluyó aportaciones de una amplia gama de asociados (donantes y gobiernos), grupos consultivos (incluida la Junta de Supervisión Independiente) y grupos de gestión. En la evaluación resultante se identificaron varias esferas clave que requerían un cambio estructural para abordar la claridad de las funciones, la adopción de decisiones y la rendición de cuentas.

Se están introduciendo cambios fundamentales para aumentar la agilidad, la eficiencia y la eficacia del programa de la IEMP en los planos mundial y regional, incluida la racionalización de la estructura organizativa de la IEMP (véase el **gráfico 11**), el empoderamiento de los ejecutores y la introducción de un sistema de rendición de cuentas en toda la asociación contra la poliomielitis.

Gráfico 11. Organigrama revisado de la IEMP



* Incluye a los países de la Región del Mediterráneo Oriental en los que la enfermedad no es endémica y se superpone con los países de la Región del Oriente Medio y el África Septentrional (Naciones Unidas).

Nota: El organigrama de la IEMP está en revisión y otros cambios estructurales pueden ser implementados como parte de la revisión continua de la gestión y el proceso de gobernanza.

mOPV2 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; SAGE = Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización

Fuente: OMS.

En términos generales, estos cambios en la estructura de la IEMP reflejan el compromiso del programa de:

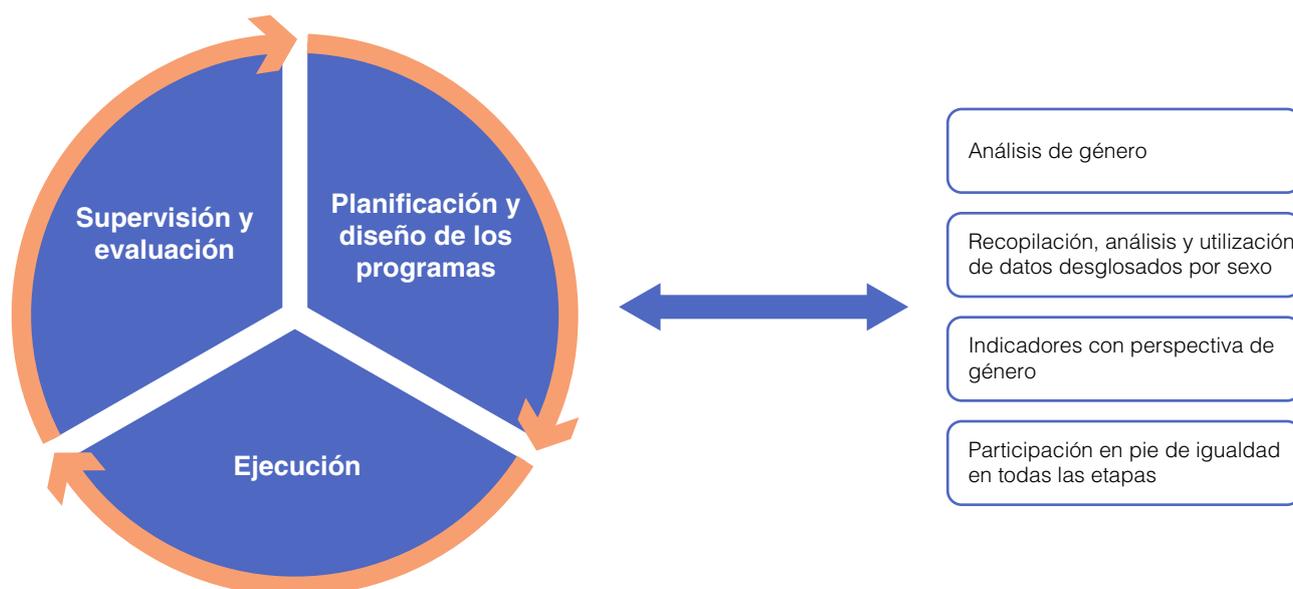
- dar prioridad a la dotación de personal a los equipos nacionales, provinciales y de distrito que tendrán autoridad para adoptar decisiones para determinar todas las medidas sobre el terreno;
- redefinir la relación entre las oficinas regionales y mundiales para orientar a ambas hacia un apoyo más eficaz a los países. Las oficinas regionales prestarán asesoramiento técnico y apoyo administrativo y logístico. Las oficinas mundiales realizarán investigaciones, definirán orientaciones técnicas, realizarán actividades de promoción de alto nivel, movilizarán y gestionarán recursos y prestarán asistencia a las regiones y países en que los recursos locales sean insuficientes para superar los problemas; y
- construir nuevas alianzas estratégicas donde tengan ventaja comparativa, como el compromiso y la promoción con comunidades de difícil acceso.

En el **anexo H** figura más información sobre el proceso, la evaluación y las recomendaciones en que se basa la base de estos cambios en la estructura de la IEMP.

2. IGUALDAD DE GÉNERO

La **Estrategia de Igualdad de Género 2019–2023** de la IEMP, respaldada por el CSP, orienta el programa sobre la igualdad de género como un poderoso determinante de los resultados de salud y un factor propicio fundamental para el progreso hacia la erradicación de la poliomielitis²⁵. A fin de fortalecer la sensibilidad del programa a las cuestiones de género y lograr la erradicación de la poliomielitis, se incorporará una perspectiva de género en las diferentes etapas de la planificación y el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas (véase el **gráfico 12**).²⁶ Al adoptar un enfoque sistemático de la incorporación de la perspectiva de género, el programa aborda los obstáculos relacionados con el género a la incorporación, mejora los resultados de la inmunización y aumenta la participación significativa de la mujer en la adopción de decisiones y las funciones de liderazgo,²⁷ la creación de demanda y la prestación de servicios de salud.

Gráfico 12: Programación con perspectiva de género



Fuente: Estrategia de Igualdad de Género 2019-2023.

²⁵ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Estrategia de Igualdad de Género 2019-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Gender-Strategy.pdf>, consultado el 15 de junio de 2021). Véase, además, Gender [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://polioeradication.org/gender-and-polio/gender-and-polio-eradication>, consultado el 15 de junio de 2021).

²⁶ Existen varios enfoques e instrumentos para incorporar la perspectiva de género en la salud. La IEMP se guiará por la matriz de análisis de género de la OMS y la guía práctica sobre inmunización y género de la Oficina Regional del UNICEF para Asia Meridional. Estos enfoques se complementarán con instrumentos y orientaciones adicionales, según el contexto del país y el alcance del análisis.

²⁷ Una encuesta de personal de la IEMP realizada en 2018 identificó la subrepresentación de las mujeres en puestos de alto nivel y las brechas de paridad de género.

Este enfoque sistemático de la incorporación de la perspectiva de género, en particular en los programas por países, permitirá:

- aumentar el sentido de identificación y la rendición de cuentas para incorporar las consideraciones de género en todos los aspectos del programa;
- instituir mecanismos específicos sobre el terreno para dar prioridad a la seguridad de los trabajadores y beneficiarios de la poliomielitis;
- crear un ambiente de trabajo seguro para todo el personal y contratistas y hacer cumplir las políticas de la IEMP en materia de salvaguardia y protección contra la explotación y los abusos sexuales;
- fortalecer la recopilación y el análisis de datos y complementar los datos cuantitativos con datos sociales cualitativos sólidos, especialmente a través de la corriente de trabajo de participación comunitaria;
- crear un mecanismo formal de coordinación de los asociados de la IEMP sobre cuestiones de género que aborde esferas como la capacitación, la recopilación y el análisis de datos y el apoyo técnico; y
- asegurar recursos financieros específicos y especializados.

A través del proceso presupuestario, la IEMP creará marcadores de género para garantizar recursos adecuados para las actividades de género y para hacer un seguimiento de las asignaciones y los gastos, con al menos el 1% para asignaciones de fondos directos para apoyar las actividades relacionadas con el género (véase el apartado titulado «**Seguimiento de recursos orientados a la igualdad de género**» de la sección «**Financiación y cálculo de costes**»).

La ejecución de los programas y el liderazgo en materia de incorporación de la perspectiva de género se guían por el marco lógico de la Estrategia para la Igualdad entre los Géneros (véase el **anexo I**), con indicadores de rendimiento específicos para supervisar los progresos hacia la consecución de los resultados previstos definidos (véase el **anexo F**).

Cerrar las brechas de datos sobre el género

La recopilación, el análisis y la utilización de datos desglosados por sexo son componentes fundamentales de la programación que responde a las cuestiones de género. La IEMP es uno de los pocos programas mundiales de salud con la capacidad de recopilar universalmente datos desglosados por sexo a través del sistema de vigilancia del poliovirus y los datos de comunicación para el desarrollo.

En la *Estrategia de Igualdad de Género* de la IEMP se asume el compromiso de:

- velar por que todos los datos programáticos pertinentes se desglosen por sexo y otras variables fundamentales y por que esos datos se analicen para encontrar y subsanar las deficiencias; e
- impartir capacitación a todo el personal pertinente sobre la importancia y los requisitos para la recopilación y el análisis de datos desglosados.

A través del Grupo de Trabajo de Datos de Género de la IEMP, los asociados de la lucha contra la poliomielitis se comprometen a fortalecer aún más la recopilación y el análisis de datos y otros parámetros relativos al género para fundamentar y orientar la programación y garantizar que las discrepancias de sexo o género puedan identificarse, abordarse y resolverse de manera efectiva.

3. COMUNICACIONES

Al igual que otros programas de inmunización, la IEMP se está adaptando a un entorno acelerado de comunicaciones y medios de comunicación donde los problemas relacionados con las vacunas, las pruebas, el acceso y la equidad están en el discurso público y pueden tener una carga política, particularmente en un contexto ulterior a la COVID-19. Si bien el interés público sin precedentes y la atención de los medios de comunicación sobre la COVID-19 y las vacunas han brindado la oportunidad de destacar la importancia de la inmunización, también conlleva riesgos complejos. La pandemia y el intenso enfoque en las vacunas han afectado profundamente la conciencia pública y la confianza en las autoridades y organizaciones de salud mundiales. Incluso en las comunidades menos saturadas por las tecnologías de los medios de comunicación, los padres y cuidadores están inundados de información y desinformación que dan forma y refuerzan las creencias y comportamientos de salud.

Las estrategias de comunicación efectivas, claras y bien coordinadas son esenciales para restaurar y reforzar las normas sociales en torno a la vacunación, aumentar la aceptación de la vacuna y gestionar las narrativas públicas en el contexto de la pandemia de COVID-19, la desinformación/desinformación relacionada y la reticencia a la vacunación. Los esfuerzos de comunicación seguirán siendo fundamentales para apoyar las inmunizaciones contra la poliomielitis, asegurar que las partes interesadas comprendan claramente los problemas pendientes para interrumpir la transmisión de WPV1 y poner fin a los brotes de cVDPV, y mantener la confianza en la erradicación de la poliomielitis.

Se dará prioridad a los esfuerzos de comunicación firmes para ayudar a crear el entorno propicio necesario para apoyar las esferas clave de esta estrategia, incluida la introducción exitosa de la nOPV2, el fortalecimiento de la participación de la comunidad y la promoción política, y la confianza general en la viabilidad de lograr un mundo libre de poliomielitis.

La IEMP continuará invirtiendo en soluciones de comunicación a nivel nacional, regional y mundial mediante:

- abordar las barreras sociales y de comportamiento, mitigar los riesgos para el programa y aprovechar las oportunidades para la entrega y aceptación de la vacuna contra la poliomielitis;
- desarrollar e implementar estrategias de comunicación de crisis de la IEMP para la detección temprana y la respuesta a la infodemia de vacunas, informadas por datos de escucha social, herramientas de investigación e intervenciones de comunicación continuamente mejoradas;
- involucrar a personas influyentes en la red social, defensores de programas y otras figuras públicas prominentes para ayudar a replantear las inmunizaciones contra la poliomielitis como un programa apolítico de salud pública y una prioridad mundial;
- crear capacidad y fortalecer los esfuerzos de coordinación entre los asociados y el personal de comunicación, así como los trabajadores de primera línea y otro personal, para navegar por el complejo espacio público de inmunización, utilizar las habilidades interpersonales para la participación de la comunidad y perfeccionar las habilidades digitales para ampliar el alcance, la influencia y la capacidad para la acción oportuna y específica; y
- seguir facilitando la configuración y gestión de las descripciones mundiales, regionales y nacionales sobre el programa contra la poliomielitis y las vacunas contra la poliomielitis garantizando la disponibilidad de información clara y precisa para mitigar los riesgos relacionados con las comunicaciones y mantener la confianza en la erradicación de la poliomielitis.

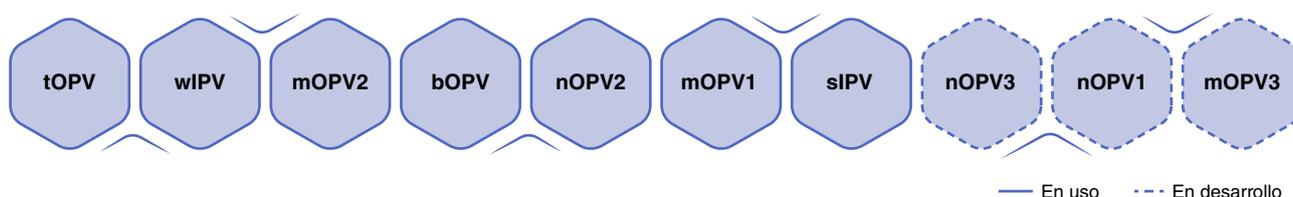
Para garantizar la alineación de las estrategias de comunicación a nivel mundial y comunitario, el Grupo de Comunicación Global de la IEMP reúne a expertos en comunicación para el desarrollo, comunicación de riesgos de crisis y emergencias y comunicación externa con coordinación entre equipos de comunicación globales y regionales. El Grupo de Comunicación Global también coordina estrechamente con el Grupo de Defensa Política y el Grupo de Movilización de Recursos para apoyar el trabajo requerido para garantizar mensajes claros y alineados en toda la alianza de la IEMP en torno a la promoción política y las oportunidades de recaudación de fondos (véase la **estructura de la IEMP** en el **gráfico 11**).

4. SUMINISTRO DE VACUNAS

Un suministro de vacunas fiable y bien gestionado es esencial para lograr la interrupción de la poliomielitis; también es necesario para alcanzar la certificación de erradicación de la poliomielitis. Para garantizar un suministro ininterrumpido de las vacunas antipoliomielíticas orales e inactivadas necesarias (véase el **gráfico 13**), la IEMP pretende:

- suministrar una combinación de bOPVs eficaces y asequibles y OPV monovalentes, autorizados en los países que apoya la IEMP, para detener la transmisión endémica del poliovirus y mitigar el riesgo de transmisión en los países no endémicos;
- establecer y mantener una reserva mundial de OPV para responder a los brotes de poliovirus que puedan producirse después de la certificación mundial de la erradicación y después de la retirada de la OPV de la inmunización esencial; y
- asegurar el suministro de una combinación de vacunas inactivadas para proteger a las poblaciones de la parálisis inducida por la poliomielitis.

Gráfico 13. Vacunas antipoliomielíticas, disponibles actualmente y en el futuro, 2022–2026



bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; mOPV1 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1; mOPV2 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; mOPV3 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 3; nOPV1 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 1; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; nOPV3 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 3; sIPV = vacuna de Sabin con poliovirus inactivados; tOPV = vacuna antipoliomielítica oral trivalente; wIPV = vacuna con cepas silvestres de poliovirus inactivados;

Fuente: OMS.

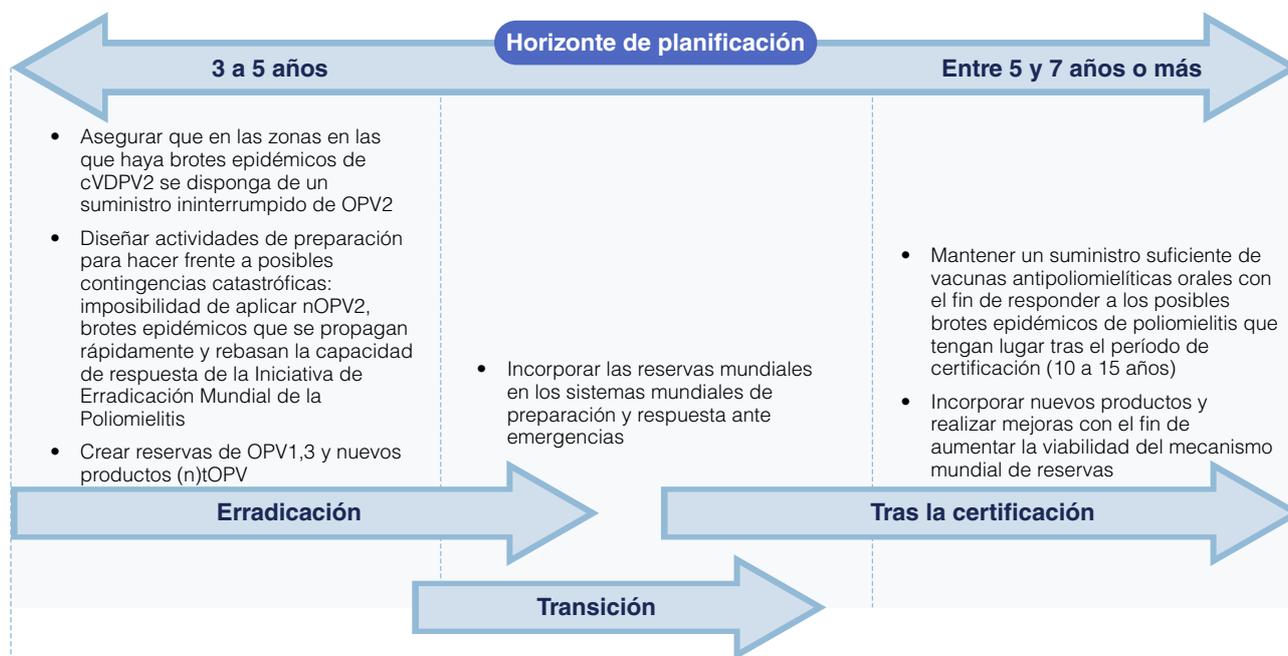
Panorama del suministro de vacunas antipoliomielíticas

Existencias mundiales de OPV: La reserva mundial de OPV es un mecanismo a largo plazo que garantizará un suministro de OPV más allá de la estrategia actual de la IEMP en el período posterior a la certificación (véase el **gráfico 14**). La reserva se estableció para suministrar OPV en respuesta a los brotes de poliovirus en el período posterior a la certificación y después de la retirada de la OPV de la inmunización esencial. La composición de la reserva consistirá en una serie de vacunas monovalentes, polivalentes, vacuna de Sabin y nuevas para los tres tipos de poliovirus. La reserva mundial garantiza actualmente el suministro de las nuevas OPV y vacuna de Sabin contra el poliovirus tipo 2 (nOPV2, vacuna de Sabin mOPV2 y tOPV). Las vacunas contra los poliovirus de tipo 1 y 3 se añadirán durante la vigencia de esta estrategia. La OMS posee y gobierna las existencias mundiales en nombre de la IEMP. Su gestión cotidiana corre a cargo conjuntamente del UNICEF y la OMS sobre la base de un acuerdo bilateral entre los dos organismos. En el ámbito de la estrategia actual, la planificación y supervisión de las existencias mundiales está a cargo del Equipo de Tareas sobre el suministro de vacunas en colaboración con el Grupo de Trabajo sobre nuevas vacunas orales contra la poliomielitis tipo 2, la ORPG y otros equipos técnicos, cuando es necesario. Los cambios en las existencias mundiales requieren el examen y la aprobación del Comité de Estrategia y el CSP.

bOPV: Durante la vida útil de la actual estrategia de la IEMP, a medida que el programa se acerque y logre la interrupción del WPV, el suministro de bOPV se reducirá gradualmente. El programa mantendrá un suministro constante de vacunas de bajo costo para satisfacer las necesidades preventivas de campañas de vacunación complementarias y una reserva de amortiguación suficiente para mitigar los aumentos a corto plazo de la demanda de vacunas, que incluyen cambios en el calendario de las campañas complementarias y las actividades de respuesta ante los brotes y eventos relacionados con poliovirus de los tipos 1 y 3.

IPV: Trabajando en estrecha colaboración con Gavi, la IEMP continuará centrándose en un mercado saludable para IPV, que incluye suficiente disponibilidad, una base de proveedores diversificada y precios asequibles. Esta colaboración permitirá que la IPV se gestione de manera holística como parte de los esfuerzos generales de adquisición de vacunas del sistema de inmunización, ya sea como una vacuna independiente o como parte de una vacuna hexavalente que contiene IPV. La orientación de los órganos consultivos, incluidos el SAGE, su Grupo de Trabajo sobre la Poliomielitis y la Junta de Seguimiento Independiente, será fundamental para proponer estrategias apropiadas y basadas en la evidencia para mitigar los riesgos mediante la asignación prioritaria de IPV, cuando sea necesario. En los próximos años, las agencias asociadas a la IEMP apoyarán a los países a medida que introduzcan una segunda dosis de IPV en sus sistemas esenciales de inmunización en consonancia con la recomendación del SAGE.²⁸

Gráfico 14. Objetivos y horizonte de planificación de las reservas mundiales de vacuna antipoliomielítica oral



cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; (n)tOPV = nueva vacuna antipoliomielítica oral trivalente; OPV = vacuna antipoliomielítica oral; OPV1,3 = vacunas antipoliomielíticas orales de tipos 1 y 3; OPV2 = vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2.

Fuente: OMS

²⁸ Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 31 March–1 April 2020: conclusions and recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2020;22:241–56 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332218/WER9522-eng-fre.pdf>, consultado el 15 de junio de 2021).

Nuevos productos: La IEMP también está trabajando para ampliar su cartera de vacunas contra la poliomielitis. A lo largo de la vida útil de esta estrategia, se espera que la IEMP despliegue nuevos tipos 1 y 3 de OPV como vacunas monovalentes y combinadas, que, como el nOPV2, se espera que sean genéticamente más estables que sus contrapartes Sabin. Además, se está desarrollando una gama de nuevos productos IPV.

5. INVESTIGACIÓN

La I+D ha desempeñado y sigue desempeñando un papel fundamental en la erradicación de la poliomielitis. La investigación es un factor propicio para identificar actividades de erradicación eficaces, asegurar y consolidar los logros del programa y definir políticas para el período posterior a la certificación (véanse en el **anexo J** las actividades de I+D en fase de preparación).

El Comité de Investigación de la Poliomielitis garantiza una coordinación y colaboración sólidas en la agenda general de investigación del programa entre los organismos asociados a la IEMP. Los equipos de investigación de las agencias asociadas, en coordinación con grupos como el Comité de Investigación de la Poliomielitis, contribuyen a reconocer las brechas de conocimiento, asesorar sobre las necesidades de investigación y realizar un seguimiento de los nuevos datos y resultados. Los datos de investigación coordinados por este mecanismo se envían al SAGE para que adopte decisiones y formule recomendaciones estratégicas.

Una esfera clave de interés es la I+D de nuevas vacunas antipoliomielíticas, entre ellas:

- nuevas vacunas orales contra la poliomielitis genéticamente más estables (actualmente la nOPV2 es la vacuna con la prioridad más alta, así como la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 1 (nOPV1) y tipo 3 (nOPV3)) para reemplazar eventualmente la vacuna de Sabin con OPV después de los procesos de precalificación y el posterior otorgamiento de licencia a esas vacunas;
- la vacuna de Sabin con IPV para proporcionar un complemento rentable a las IPV de las que se dispone actualmente con el fin de satisfacer los requisitos del mercado mundial;
- vacunas antipoliomielíticas con partículas similitivas (VLP) que podrían convertirse en la vacuna ideal para el período posterior a la certificación, ya que pueden producirse sin tener en cuenta los requisitos de contención; y
- tecnologías que utilicen la plataforma del ácido ribonucleico mensajero (ARNm) para desarrollar las vacunas antipoliomielíticas no infecciosas.

La priorización de las soluciones establecidas en esta estrategia requiere una investigación específica (véase el cuadro referente a la «**Gama de esferas de investigación vinculadas a la poliomielitis y su repercusión**» que figura en el **anexo J**). La identificación de las lagunas de conocimientos y la búsqueda de nuevas esferas de I+D para fortalecer la innovación contribuirán en gran medida a crear un entorno propicio para lograr y mantener la erradicación mundial de la poliomielitis.

Dado que esta estrategia se centra en la intensificación de la entrega de vacunas contra la poliomielitis en la inmunización fundamental y las campañas complementarias, la investigación apoyará una mejor cobertura mediante proyectos experimentales sobre el terreno que abarquen esferas epidemiológicas y operativas. Los proyectos experimentales contribuirán a mejorar la comunicación del programa, fortalecer la participación de la comunidad, reducir al mínimo la reticencia a las vacunas, garantizar la igualdad entre los géneros e integrar las actividades relacionadas con la poliomielitis con otros servicios de salud y desarrollo. Una mayor coordinación con la vigilancia y la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos fortalecerá la innovación en torno a las herramientas de detección rápida y diagnóstico, lo que permitirá aún más el éxito de la estrategia.

Siempre se ha calificado que la I+D ofrece una alta relación calidad-precio y ha pasado a ser aún más pertinente en el contexto actual de erradicación de la poliomielitis. Los datos y las experiencias de la investigación sobre la poliomielitis serán muy útiles para aprovechar el legado de las contribuciones científicas en la ejecución de otras intervenciones mundiales de salud pública.

6. MARCO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para evaluar el progreso en relación con los principales hitos y objetivos esbozados en este documento, la IEMP ha creado un marco de seguimiento y evaluación de alto nivel con resultados e indicadores clave del desempeño específicos deseados (véase el **anexo F**). Si bien en las esferas específicas de los programas se han dedicado indicadores diseñados a fondo, este marco proporciona un instrumento para examinar los progresos realizados en relación con los objetivos estratégicos y los elementos que impulsan el éxito para lograr la erradicación. La IEMP evaluará trimestralmente el progreso realizado en relación con cada uno de los indicadores clave del desempeño. El Comité de Estrategia examinará los progresos realizados en relación con los indicadores clave del desempeño a nivel de resultados y, de ser necesario, planteará cualquier área clave de preocupación para el CSP, mientras que el CSP revisará los indicadores clave del desempeño a nivel de objetivos trimestralmente. A finales de 2023 se llevará a cabo una evaluación rigurosa del progreso del programa con respecto a los hitos de la estrategia.

Gestión de riesgos

La gestión del riesgo operativo impulsa muchos aspectos del trabajo de la IEMP, incluida la planificación de campañas de inmunización preventiva, la vigilancia, la respuesta a los brotes, el suministro de vacunas, la I+D y la gestión financiera. Para esta **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026**, la IEMP profundiza en la gestión de riesgos mediante la identificación y el seguimiento de los riesgos clave de mayor nivel y los riesgos estratégicos (véase el **cuadro 1**), que se informará periódicamente a través de la gobernanza de la IEMP.

Cuadro 1. Riesgos estratégicos fundamentales

Denominación breve	Caracterización
Riesgo de propagación de VDPV	Hay un alto riesgo de propagación internacional continua y brotes epidémicos de cVDPV2 en varios países debido a la disminución de la inmunidad de la población frente al poliovirus de tipo 2, los endebles sistemas de vacunación fundamental y el aumento de la siembra de brotes debido al uso de vacuna de Sabin con OPV2. Es posible que la propagación continua desborde la capacidad de la IEMP para responder tanto por lo que respecta a capacidad técnica como de financiación disponible para el programa.
Recursos insuficientes	El aumento de las necesidades para atender brotes epidémicos, los suministros de vacunas y la falta de progresos en los países en los que la enfermedad es endémica podrían hacer que la demanda de los programas supere los recursos disponibles. Ello podría dar como resultado el riesgos de no poder mantener el nivel de apoyo que precisa la IEMP y quedarse sin fondos antes de que las labores hayan concluido.
Acceso insuficiente	La imposibilidad de administrar OPV a todos los niños en los reservorios de poliomielitis restantes se debe a la inseguridad, las restricciones de acceso, la indiferencia de la comunidad y la desconfianza, lo que da lugar a grupos de niños sin vacunar, lo que a su vez aumenta el riesgo de no poder erradicar el poliovirus.
Vigilancia endeble	El riesgo de que se produzca transmisión constante no detectada de virus de la poliomielitis se debe a la endeble vigilancia en las zonas de alto riesgo. La vigilancia puede verse debilitada debido al acceso limitado en zonas inseguras, la capacitación poco frecuente de los funcionarios encargados de la vigilancia, el laboratorio y los datos, y el desvío de activos de la poliomielitis hacia otras esferas, como la COVID-19. La posibilidad de que se retire el apoyo de la IEMP podría debilitar las capacidades y los sistemas de salud de los países que no cuentan con capacidades de vigilancia sólidas.
No se incorporan las cuestiones de género	Si las cuestiones de género no se reflejan lo suficiente en las estrategias, la planificación, los presupuestos, las operaciones y la gobernanza, ello podría tener un efecto perjudicial sobre la capacidad del programa para lograr el objetivo de erradicación.
Integración endeble	El riesgo de que la erradicación se vea comprometida si no se prestan servicios integrales se debe en gran medida a la insuficiencia de recursos y a que la gestión no se centra claramente en la prestación de servicios de conjunto en el marco de la IEMP.
Compromiso endeble del gobierno	La asunción de compromisos insuficientes por parte del gobierno en los planos político, financiero o de recursos podrían poner en peligro las labores de respuesta para la erradicación de la poliomielitis.
Pérdida de la confianza o el apoyo de los donantes	La pérdida de apoyo de los donantes debido a los malos resultados de erradicación de la poliomielitis o a que la IEMP no haya cumplido los criterios clave fijados por los donantes podría dar lugar a que se reduzcan los recursos para el programa.
La IEMP no consigue montar respuestas eficaces	La IEMP podría no conseguir montar una respuesta ante los complejos desafíos que supone la erradicación de la poliomielitis por lo que respecta a la calidad y la oportunidad de las operaciones de emergencia.
Indiferencia de la sociedad civil	La indiferencia de la sociedad civil hacia la erradicación de la poliomielitis podría conducir a resultados subóptimos y a la posible incapacidad de erradicar el WPV1 o contener los VDPV.

Los riesgos que se detallan en el Cuadro 1 son transversales, lo que hace posible tener una visión más amplia y equilibrada del entorno de riesgo de la estrategia; además, están en estrecha armonía con los cuatro pilares de la gestión de riesgos de la IEMP: riesgos operativos (internos), participación y compromiso del gobierno (externo), confianza de los donantes o las partes interesadas (financiera) y participación de la comunidad o la sociedad civil (comunidades atendidas).

Además de reconocer y gestionar activamente esos riesgos estratégicos, la IEMP proseguirá la implementación de actividades de gestión de riesgos (a través de las actividades de agencias asociadas, grupos de gestión y comunidades de intercambio de prácticas técnicas) adecuadas para las respectivas necesidades funcionales y operativas. Esos riesgos operativos, como se manifiesta en otras partes de la estrategia, se siguen abordando en el plano operativo. Esas actividades de gestión de riesgos operativos y administrativos se complementan con procesos institucionales de gestión de riesgos establecidos por las respectivas organizaciones asociadas.

Marco de gestión de riesgos Además de reconocer los riesgos estratégicos, en el marco se exige un proceso transparente de gestión de riesgos al interior de la gobernanza de la IEMP para vigilar los riesgos clave para el logro de la estrategia. Este proceso se basa en las mejores prácticas e incorpora instrumentos y procesos normalizados de gestión de riesgos que incluyen:

- una *lista de riesgos estratégicos* en el que se identifiquen el riesgo, el(los) propietario(s) del riesgo, el impacto y la probabilidad asociados, así como las medidas de mitigación y la situación actual del riesgo (véase el cuadro E1 del **anexo E**); y
- un *proceso de evaluación periódica* semestral previsto para hacer un balance de los riesgos mediante un proceso de autoevaluación, proporcionar a la administración cambios en el entorno de riesgos, examinar los nuevos riesgos, comparar el entorno de riesgos actual con el período anterior y permitir una respuesta oportuna de la administración para hacer frente a los cambios en el entorno de riesgos. Los informes periódicos de riesgos se transmiten por conducto del Comité de Estrategia al Comité de Rendición de Cuentas Financieras y al CSP, según sea necesario.

La gestión de riesgos de la IEMP se llevará a cabo en el marco más amplio de la gestión de los riesgos de gestión y evaluación y se coordinará en la Dependencia de Gestión Ejecutiva con líneas de información directas al Comité de Estrategia (véase la **estructura de la IEMP** en el **gráfico 11**).

7. FINANCIACIÓN Y CÁLCULO DE COSTES

El plazo para detener la transmisión es el principal factor que determina el costo y la trayectoria del gasto a lo largo de la duración de la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026**. Por consiguiente, el programa elaboró estimaciones de costos basadas en cuatro escenarios de modelización únicos con distintos plazos de erradicación (véase el **cuadro 2**). El escenario mejor alineado con la estrategia, que asume la interrupción de WPV dentro de los dos años posteriores al lanzamiento de la estrategia (para fines de 2023) y la certificación dentro de cinco años, tiene una estimación de costo inicial de US\$ 5100 millones en cinco años.²⁹

Cuadro 2. Costos estimados de distintos plazos de erradicación

Plazo de erradicación	Costo proyectado a cinco años (US\$)
Detener la transmisión de WPV en 1 año y certificar la erradicación en 4 años	4500 millones
Detener la transmisión de WPV en 2 años y certificar la erradicación en 5 años	5100 millones
Detener la transmisión de WPV en 3 años y certificar la erradicación en 6 años	5500 millones
Detener la transmisión de WPV en 5 años y certificar la erradicación en 8 años	6200 millones

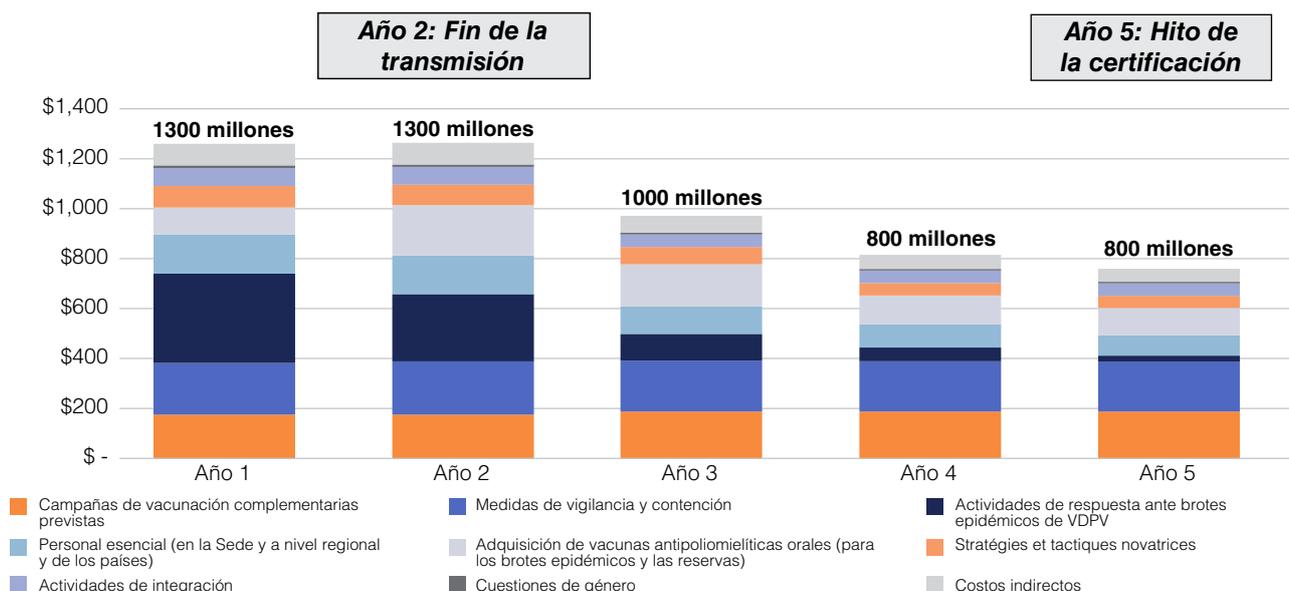
Las principales esferas de gasto en la estimación indicativa de US\$ 5100 millones incluyen las evaluaciones de las campañas de vacunación complementarias (principalmente en los países endémicos), la vigilancia sólida, la respuesta a gran escala a los brotes de cVDPV y una reserva de OPV de tamaño adecuado, las campañas integradas y el género (que, por primera vez, constituyen un supuesto de planificación modesto en la estimación de costos),³⁰ y los servicios esenciales de salud y comunitarios, las mejoras de la calidad de las campañas y la dotación de personal del país, las oficinas regionales y las oficinas centrales en apoyo de la erradicación de la poliomielitis (véase el **gráfico 15**).

El escenario de US\$ 5100 millones asume que los costos totales siguen siendo altos durante los dos años iniciales y luego disminuyen una vez que el programa logra la interrupción y comienza los esfuerzos de certificación en el tercer año. Una vez que se haya alcanzado el hito de la certificación, los costos se estancarán a medida que el programa comience a implementar la estrategia posterior a la certificación (consulte la sección titulada «**Preparación para el mundo posterior a la certificación**»). La transición temprana de las funciones apoyadas por la poliomielitis a otros programas con fuentes alternativas de apoyo reduciría las necesidades de recursos de la IEMP, pero las proyecciones de estos cambios no se han tenido en cuenta en estos escenarios.

A medida que se vayan elaborando los detalles de esta nueva estrategia, y a medida que se aclaren los posibles efectos persistentes de la pandemia en la planificación de la ejecución, el programa aprovechará esta estimación inicial como uno de los insumos para que la IEMP elabore un presupuesto operativo plurianual detallado. El presupuesto operativo de la IEMP para 2022–2026 será aprobado por los líderes de IEMP hacia finales de 2021. Variables como el tamaño y la duración de los brotes, la posibilidad de transición de las actuales funciones apoyadas por la IEMP a otros programas y otros factores (por ejemplo, las estrategias de integración y los requisitos de existencias) podrían elevar o reducir las necesidades financieras. La movilización de recursos de esta estrategia se guiará por un caso de inversión para la IEMP que se presentará en 2021 y se basará en las fuentes de financiación existentes y nuevas. El presupuesto se reevaluará periódicamente para asegurar una alineación duradera con las prioridades programáticas y financiar las intervenciones más impactantes y rentables.

²⁹ El presupuesto aprobado por el CSP y los detalles del mismo estarán disponibles en el sitio web de la IEMP (www.polioeradication.org/financing).

³⁰ El costo estimado para implementar esta estrategia incluye una asignación del 1% para actividades relacionadas con el género, que se incluye en el gráfico 14, pero no se aprecia debido a la cuantía relativamente pequeña.

Gráfico 15. Estimación del costo anual de la nueva estrategia contra la poliomielitis (US\$ miles de millones)

OPV = vacuna antipoliomielítica oral; VDPV = poliovirus de origen vacunal.

Fuente: OMS.

Costos adicionales necesarios para lograr la erradicación de la poliomielitis

El presupuesto de la IEMP no bastará por sí solo para aplicar plenamente esta estrategia y lograr la erradicación de la poliomielitis. Además de los elementos del programa que se contemplan en una necesidad indicativa de recursos de US\$ 5100 millones, por ejemplo, el programa necesitará fondos para apoyar la aplicación de IPV por conducto de Gavi y las campañas de vacunación fundamental, las reservas complementarias previas al cese, la investigación y todas las grandes iniciativas de integración que rebasen las que se previeron inicialmente en el panorama presupuestario. (Por ejemplo, muchas de estas iniciativas de integración requerirán la colaboración con otros programas de salud para ofrecer un paquete combinado de servicios, por lo que el presupuesto se refinará a medida que avancen las discusiones). Al igual que en años anteriores, la IEMP se ha comprometido a trabajar con Gavi para fortalecer la inmunización mundial y abogar por la financiación en este espacio.

Seguimiento de recursos orientados a la igualdad de género

La incorporación de la «visibilidad» de las cuestiones de género en todo el ciclo presupuestario garantiza la rendición de cuentas por los compromisos en materia de igualdad y erradicación de género. Para proporcionar una mayor visibilidad, la IEMP desarrollará una nueva herramienta de marcadores de género como sistema de puntuación (véase el **cuadro 3**) para garantizar los recursos destinados a las actividades de género y hacer un seguimiento de las asignaciones para las actividades que tienen como objetivo la igualdad de género, tanto las asignaciones de fondos directos como los indirectos (véase el **gráfico 15**). Las actividades con una puntuación de 2 irán en contra de la línea presupuestaria de género directa o dedicada. Los marcadores de género se complementarán con parámetros relativos al género adicionales para medir la inversión y los resultados (véase el **anexo I**).

Cuadro 3. Sistema de puntuación de indicadores de género de tres puntos

Actividad	Definición
Ausencia de objetivo (0 puntos)	La actividad no tiene guarda relación con el género o la igualdad de género (por ejemplo, la adquisición de vacunas)
El objetivo es relevante (1 punto)	Aunque el género y la igualdad de género son importantes, no son el objetivo principal de la actividad (por ejemplo, la vigilancia de la parálisis flácida aguda)
El objetivo tiene carácter fundamental (2 puntos)	El género es el objetivo principal de la actividad y esta contribuye a la igualdad de género (por ejemplo, capacitación, asistencia técnica o salvaguardias en materia de género)

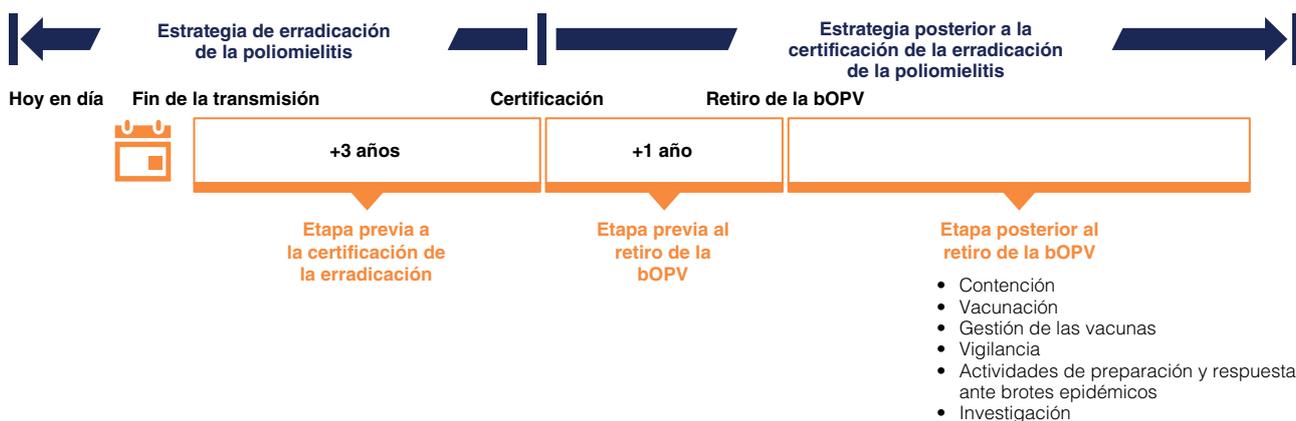
PREPARACIÓN PARA EL MUNDO POSTERIOR A LA CERTIFICACIÓN

En la *Estrategia posterior a la certificación* se detallan las funciones técnicas y las normas necesarias para mantener un mundo libre de poliomielitis, funciones que incluyen la contención, la inmunización con vacunas apropiadas contra la poliomielitis, la vigilancia de los poliovirus y la respuesta a los brotes (véase el **gráfico 16**).³¹

En la Estrategia se contemplan tres objetivos principales para orientar las actividades en el período posterior a la certificación:

- 1. Contener los poliovirus.** La prioridad del objetivo 1 es lograr y mantener la gestión segura restringida de los poliovirus en laboratorios, fabricantes de vacunas y otras instalaciones (como las instituciones de investigación) para prevenir su reintroducción en un mundo libre de poliomielitis. Las principales esferas de interés serán la reducción del número de instalaciones que almacenan y manipulan el poliovirus en todo el mundo, y la aplicación y supervisión de salvaguardias apropiadas en las instalaciones que retienen el poliovirus.
- 2. Proteger a las poblaciones** La prioridad del objetivo 2 es proteger a las poblaciones de los VDPV y la poliomielitis paralítica de origen vacunal mediante la preparación y coordinación de la retirada mundial de la bOPV, y de cualquier resurgimiento del poliovirus proporcionando acceso a vacunas seguras y eficaces.
- 3. Detectar los eventos relacionados con la poliomielitis y responder a ellos.** La prioridad del Objetivo 3 es detectar rápidamente cualquier poliovirus en un ser humano o en el medio ambiente mediante un sistema de vigilancia sensible y mantener la capacidad y los recursos adecuados para contener eficazmente un evento relacionado con la poliomielitis y responder a ellos.

Gráfico 16. Cronograma de alto nivel de la Estrategia posterior a la certificación de la erradicación de la poliomielitis



bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente.

Fuente: Estrategia posterior a la certificación de la erradicación de la poliomielitis

Para anticipar la transferencia de habilidades, conocimientos y recursos de un programa que tiene más de 30 años de antigüedad, es importante comenzar la planificación de la implementación ahora, ya que la alianza de la IEMP se disolverá en el momento de la certificación. Una parte significativa del tiempo del personal dedicado a la poliomielitis se dedica a apoyar actividades relacionadas con objetivos más amplios de inmunización y atención de la salud.³² Los recursos, la financiación y los sistemas actuales contra la poliomielitis tendrán que pasar a grupos que apoyen el mantenimiento de un mundo libre de poliomielitis, o a grupos que han dependido de los recursos de la poliomielitis para lograr sus objetivos de salud. Muchas de esas actividades se han incluido en las secciones pertinentes de esta estrategia, incluida, por ejemplo, una colaboración más estrecha con la comunidad de inmunización y los programas de emergencia sanitaria para prevenir los brotes y responder a ellos.

La IEMP examinará la Estrategia posterior a la certificación e idealmente la diseñará de consuno con la comunidad más amplia de vacunación, así como con otros «futuros responsables» de mantener al mundo libre de poliomielitis. Para esta estrategia 2022–2026, las dos áreas con detalles adicionales son la contención y el cese de la administración de OPV.

³¹ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Estrategia posterior a la certificación de la erradicación de la poliomielitis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>, consultado el 8 de junio de 2021).

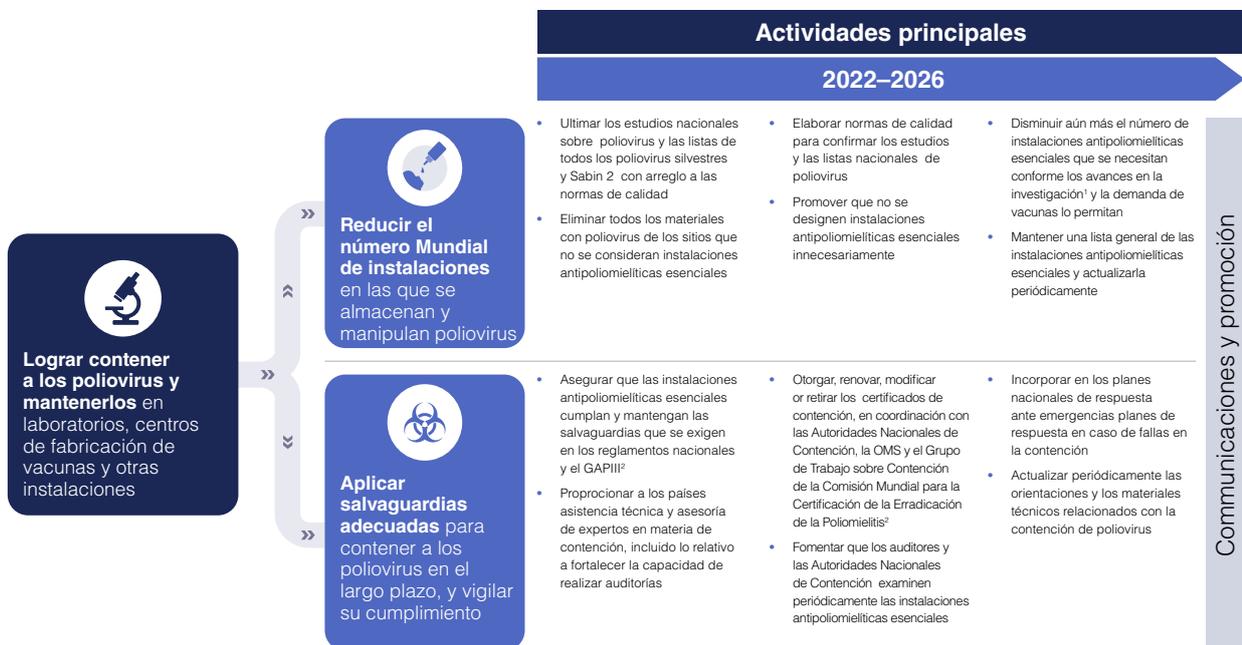
³² Si desea examinar ejemplos de actividades y el tiempo que debe invertirse para conseguir objetivos más amplios de vacunación y atención de la salud, sírvase consultar: Van den Ent MM, Swift RD, Anaokar S, Hegg LA, Eggers R, Cochi SL. Contribution of Global Polio Eradication Initiative – Funded Personnel to the Strengthening of Routine Immunization Programs in the 10 Focus Countries of the Polio Eradication and Endgame Strategic Plan. *J Infect Dis.* 2017;216(S1):S244–9 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiw567>, consultado el 8 de junio de 2021).

CONTENCIÓN DE LOS POLIOVIRUS

En 2015, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a contener todos los poliovirus de tipo 2, incluidas las cepas de Sabin y parecidas a la cepa de Sabin, en instalaciones antipoliomielíticas esenciales especialmente designadas. En un futuro próximo se contraerán compromisos similares para los tipos 1 y 3, comenzando con los inventarios de materiales que contienen WPV y VDPV de estos serotipos. Estas actividades se incluyeron en la resolución que los Estados Miembros aprobaron en la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2018, que insta a intensificar los esfuerzos para acelerar el progreso hacia la contención del poliovirus a nivel mundial.³³ Hasta mayo de 2021, 24 países han designado 74 instalaciones antipoliomielíticas esenciales para la retención de sustancias relacionadas con el poliovirus tipo 2. Estas instalaciones están ubicadas principalmente en países de altos ingresos e incluyen fabricantes de vacunas contra la poliomielitis, laboratorios de investigación y otras instalaciones que almacenan o procesan materiales biológicos. El proceso de obtención de certificados de participación por parte de las instalaciones antipoliomielíticas esenciales está a punto de concluir, y que se seguirá en un futuro próximo mediante la obtención de certificados provisionales de contención y, en última instancia, certificados de contención para los tres tipos de poliovirus. Estas actividades continuarán durante el período de aplicación de esta estrategia para garantizar que todos los materiales del tipo 2 del poliovirus se destruyan o se contengan de forma segura, y que se siga avanzando en el inventario de los materiales de los tipos 1 y 3 y en la reducción del número de instalaciones antipoliomielíticas esenciales.

La aplicación y vigilancia de la contención a largo plazo del poliovirus en instalaciones con salvaguardias adecuadas será fundamental para mantener un mundo libre de poliomielitis. En estos momentos es necesario llevar a cabo actividades de transición para que la contención se aplique cabalmente en la Estrategia posterior a la certificación (véase el **gráfico 17**). Las instalaciones que conserven materiales para el poliovirus y que se designen como instalaciones antipoliomielíticas esenciales deberán cumplir y mantener las salvaguardias exigidas por el GAPIII y permitir la evaluación periódica por parte de los auditores y las autoridades nacionales de contención.³⁴ Las autoridades nacionales de contención renovarán, modificarán o retirarán los certificados de contención, en coordinación con la OMS y el Grupo de trabajo sobre confinamiento de la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis u otros órganos de supervisión. Las autoridades nacionales de contención son órganos relativamente nuevos y, como tales, necesitan apoyo político dentro de sus Estados Miembros. La promoción sigue siendo fundamental para el proceso, y todos los órganos, desde el nivel nacional hasta el mundial, necesitan un entendimiento común del proceso y los requisitos de certificación de contención mundial.

Gráfico 17. Actividades principales de contención, 2022–2026



¹ Entre los posibles avances cabe destacar la sustitución de los cultivos de virus por otros ensayos para el diagnóstico de la infección por poliovirus o la producción de vacunas utilizando cepas de poliovirus modificadas genéticamente o partículas similares a virus.

² El Grupo de trabajo sobre confinamiento de la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis continuará implementando la estrategia de colaboración con los países hasta la certificación global de WPV, momento en el cual la supervisión será asumida por el organismo apropiado.

GAPIII = Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral, tercera edición; WPV = poliovirus silvestre.

Fuente: OMS.

³³ Resolución WHA71.16. Poliomielitis - confinamiento de poliovirus. En: 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 26 de mayo de 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R16-en.pdf, consultado el 16 de junio de 2021).

³⁴ GAPIII: Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral, tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf, consultado el 8 de junio de 2021).

Al prepararse para una posible vulneración, la OMS ha elaborado directrices para la gestión de las personas expuestas en los países que acogen instalaciones de almacenamiento de poliovirus.³⁵ El escenario de ruptura de contención también se ha incorporado en los ejercicios de simulación de brotes epidémicos de poliomielitis. Esos ejercicios de simulación teórica de dos días de duración han demostrado tener utilidad para identificar las diferencias que perduran entre las autoridades nacionales y los mandatos de aislamiento y cuarentena y la presentación de informes al Reglamento Sanitario Internacional.

Si desea consultar las actualizaciones sobre los progresos realizados en la consecución de los objetivos de contención, sírvase consultar el **anexo K**.

RETIRADA DE LA OPV

La retirada de la OPV es fundamental para detener la aparición de poliomielitis parálitica de origen vacunal y para eliminar el riesgo primario de aparición de todos los tipos de VDPVs. La planificación para retirar la OPV comenzará al menos dos años antes de que se le dé efecto a la suspensión, aprovechando las lecciones aprendidas del cambio de la tOPV a la bOPV. En la política de suspensión de la OPV se abordarán tres cuestiones principales: estrategias para las campañas de vacunación complementarias previas a la retirada; la disponibilidad de nuevas opciones de vacunación genéticamente más estables; y el intervalo de tiempo entre la certificación de la erradicación y la suspensión de la OPV. Las campañas de vacunación complementarias con los tipos 1 y 3 que contienen OPV (vacuna de Sabin o una vacuna innovadora) deben implementarse durante un período de tiempo en los años anteriores al cese y no solo durante el período inmediato previo a la suspensión, para mantener una inmunidad ininterrumpidamente alta a nivel de la población. Sigue habiendo incertidumbres con respecto al número óptimo de esas campañas de vacunación complementarias.

A partir del segundo trimestre de 2021, se proyecta que nOPV1 y nOPV3 estarán disponibles a través del proceso de precalificación de la OMS para el segundo trimestre de 2025 y el primer trimestre de 2026, respectivamente, suponiendo que el desarrollo clínico y los esfuerzos de fabricación de los próximos años resulten exitosos. Se espera que para el segundo trimestre de 2022 se tome una decisión sobre el desarrollo clínico de la nueva OPV multivalente. Para cada uno de estos nuevos productos OPV, se podría explorar la opción del procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias, lo que podría resultar en disponibilidad para el uso de respuesta al brote al menos un año antes de los plazos de precalificación proyectados.

Varios factores pueden contribuir a las estimaciones óptimas para el período comprendido entre la certificación de la erradicación y la suspensión de la OPV; entre ellas figuran la evaluación de la cobertura y la calidad de las campañas de vacunación complementarias en los años anteriores a la cesación, la cobertura de la IPV en la inmunización esencial, la evaluación del tamaño de las existencias y la viabilidad del uso temprano de nuevas formulaciones de OPV en las campañas de vacunación complementarias previas a la suspensión. Además, una mejor estimación de los riesgos de los poliovirus derivados de la vacuna en circulación de tipo 1 y 3 y una carga actualizada de poliomielitis parálitica de origen vacunal por serotipo fortalecerían la formulación de políticas en torno al cese. La disponibilidad de instrumentos para la mitigación de riesgos, como los antivirales contra la poliomielitis, podría aumentar aún más las posibilidades de reducir al mínimo los riesgos de transmisión comunitaria derivados de los desprendimientos a largo plazo del poliovirus en la era posterior a la cesación.



© Christopher Herwig / UNICEF

³⁵ Public Health Management of Facility Related Exposure to Live Polioviruses. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; octubre de 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/Public-Health-Management-of-a-facility-PV-exposure.pdf>, consultado el 11 de junio de 2021).

ANEXO A. LISTA DE CONSULTA DE LAS PARTES INTERESADAS

La IEMP solicitó aportaciones de un amplio conjunto de partes interesadas para dar forma a la futura dirección del programa en el esfuerzo final y colectivo por lograr la erradicación de la poliomielitis. Esta participación externa fue la más amplia hasta la fecha de cualquier estrategia de la IEMP e incluyó a las partes interesadas que se enumeran a continuación.³⁶ Los temas comunes de los comentarios y las preguntas planteadas a lo largo de la formulación de la estrategia pueden examinarse en un informe relativo a la consulta con las partes interesadas.³⁷

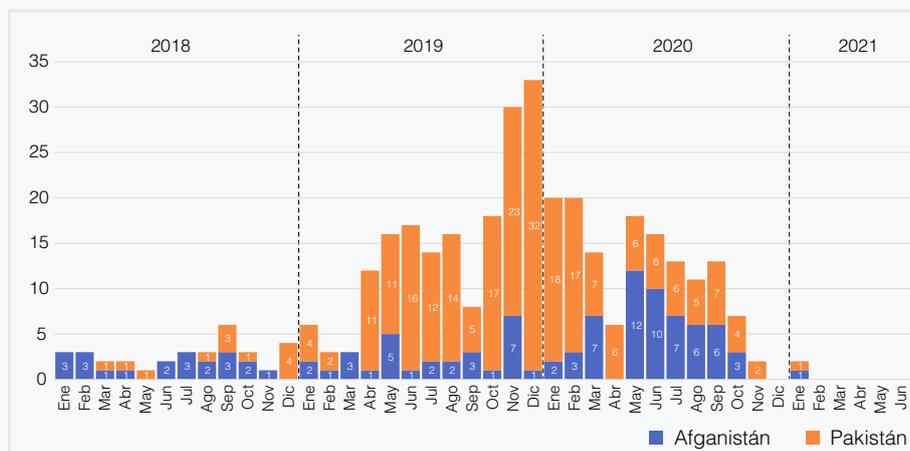
- Sociedad de la Media Luna Roja del Afganistán
- Equipos de las divisiones de Entrega de Vacunas y Poliomielitis de la Fundación Bill y Melinda Gates
- Camber Collective
- Center for Integrated Health Programs (CIHP)
- Centre for Health Sciences Training, Research and Development (CHESTRAD), Global
- Christian Medical College, Vellore
- Civil Society Group
- Civil Society Human and Institutional Development Programme
- Common Thread
- Iniciativa de Comunicación
- Grupo CORE
- Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para la propagación internacional de poliovirus.
- Gavi, la Alianza para las Vacunas
- GlaxoSmithKline
- Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis
- Mecanismo Mundial de Financiamiento
- Grupo de Trabajo del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, actualmente Agenda de Inmunización 2030 (AI2030)
- Global Virome Project
- Gobierno del Afganistán
- Gobierno de Australia
- Gobierno del Canadá
- Gobierno de Egipto
- Gobierno de la Unión Europea
- Gobierno de Alemania
- Gobierno de la República Islámica del Irán
- Gobierno del Japón
- Gobierno de Noruega
- Gobierno del Pakistán
- Gobierno del Sudán
- Gobierno de los Emiratos Árabes Unidos
- Gobierno del Reino Unido
- Gobierno de los Estados Unidos de América
- Grupos de Gestión y Equipos de Tareas de la IEMP
- Asociados de la IEMP (equipos mundiales y regionales de las divisiones de Vacunación y Emergencias)
- Imperial College London
- Junta de Seguimiento Independiente
- Institute for Disease Modeling (IDM)
- Centro Internacional de Investigaciones sobre las Enfermedades Diarreicas (ICDDR)
- Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM)
- John Snow, Inc.
- Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins
- Kid Risk, Inc.
- Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis en el Pakistán
- Polio Partners Group (PPG)
- RESULTS UK
- Rotary
- Sanofi
- Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (SAGE) y su Grupo de Trabajo sobre la poliomielitis
- Grupos de Asesoramiento Técnico para los países y las regiones en los que la poliomielitis es endémica
- The Women's Storytelling Salon
- Junta de Seguimiento Independiente para la Transición relativa a la Poliomielitis
- Sección de Salud del UNICEF, sede de Nueva York
- Unidad de Vacunación del UNICEF
- División de Suministros del UNICEF
- Fundación pro Naciones Unidas (UNF)
- Universidad de Michigan
- Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Escuela Gillings de Salud Pública Mundial
- Universidad de Oxford
- Equipos de Poliomielitis y Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC)
- Fabricantes de vacunas
- Vaccine Network for Disease Control
- VITAL Pakistan
- Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud
- Coordinadores para la Poliomielitis y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de las Oficinas Regionales de la OMS y el UNICEF
- Equipo de Cólera de la OMS
- Centros Colaboradores de la OMS para la Salud Mundial
- Centro de Equidad de Género de la Red Mundial de Personal Sanitario de la OMS
- Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (WHE)
- División de la OMS de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud
- División de la OMS de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos
- Equipo de Meningitis de la OMS
- Equipo de la OMS de Transición relativa a la Poliomielitis
- División de la OMS de Movilización de Recursos

³⁶ Puede consultarse una lista completa de organizaciones y coordinadores previa solicitud.

³⁷ Si desea leer o descargar el informe sobre la consulta referente a la estrategia sírvase visitar el sitio web de la IEMP (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/07/Stakeholder-Consultation-Report-20210708.pdf>).

ANEXO B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Gráfico B1. Cómputo mensual de casos de WPV1, Afganistán y Pakistán, enero de 2018–junio de 2021

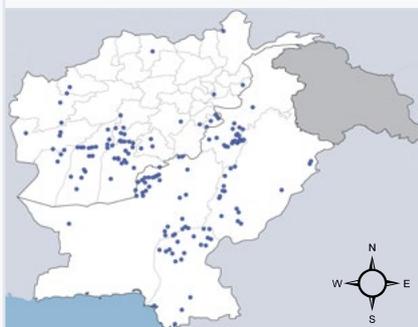


Fuente: OMS.

Aspectos destacados relativos al WPV1

- Los cómputos de casos fueron significativamente más altos en 2019 y 2020 que en los años anteriores.
- En 2020, se notificaron 140 casos de WPV1 (56 en el Afganistán y 84 en el Pakistán), en comparación con 176 casos en 2019 (29 en el Afganistán y 147 en el Pakistán) (véase el gráfico B2).

Gráfico B2. Casos de WPV1 en el Afganistán y el Pakistán, enero de 2020–junio de 2021



Escala del mapa: 1 cm = 64 km
Sistema de coordenadas: GCS WGS 1984, Dátum: WGS 1984, Unidades: Grados

- Casos de parálisis flácida aguda
- No se aplica

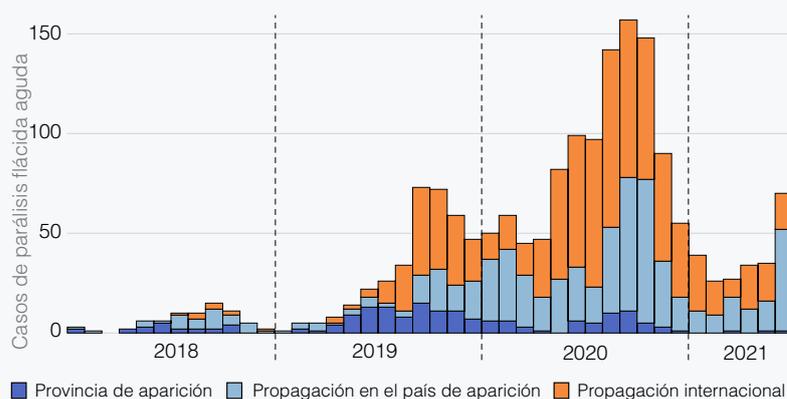
Fuente: OMS.

Aspectos destacados relativos al cVDPV2

Entre 2019 y 2020, los casos de cVDPV2 se triplicaron (véase el gráfico B3). En 2020, los casos de cVDPV2 ascendieron a un total de 1056 en todo el mundo (308 en el Afganistán, 135 en el Pakistán, 99 en el Chad y 81 en la República Democrática del Congo); mientras que los casos en 2019 ascendieron a 366 (solamente se registraron 22 en el Pakistán y ninguno en el Afganistán).* El virus siguió propagándose por toda la región de África, con brotes que se extendieron desde el Atlántico hasta el Océano Índico; virus procedentes de Filipinas se propagaron en los planos nacional y regional hacia Malasia; y los virus del Afganistán y el Pakistán se propagaron hacia la República Islámica del Irán y Tayikistán (véase el gráfico B4). En esas regiones y países ha continuado la propagación de los brotes de cVDPV2 ya existentes.

* La IEMP proporciona semanalmente información actualizada sobre la epidemiología mundial de los poliovirus vacunales circulantes (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/>).

Gráfico B3. Cómputo mensual de casos de cVDPV2, por región de presentación, enero de 2018–junio de 2021



Fuente: OMS.

Fuente: Todos los datos proceden de WHO POLIS y están actualizados a fecha de agosto de 2021.

Desde 2018, la IEMP ha visto un aumento en los casos de WPV1 y cVDPV2 en el plano mundial. Mientras que los casos de WPV1 siguen estando localizados en los dos últimos países en los que la enfermedad es endémica, el Afganistán y el Pakistán (véase el **gráfico B1**), se han detectado brotes de cVDPV2 en cuatro regiones. La incapacidad de las operaciones de campaña para involucrar y llegar a las comunidades restantes ha contribuido a esta tendencia, al igual que las interrupciones externas, como los cambios políticos y la pandemia de COVID-19.

Gráfico B4. Muestras positivas a cVDPV aisladas en el mundo como resultado de la vigilancia ambiental, enero de 2020–junio de 2021

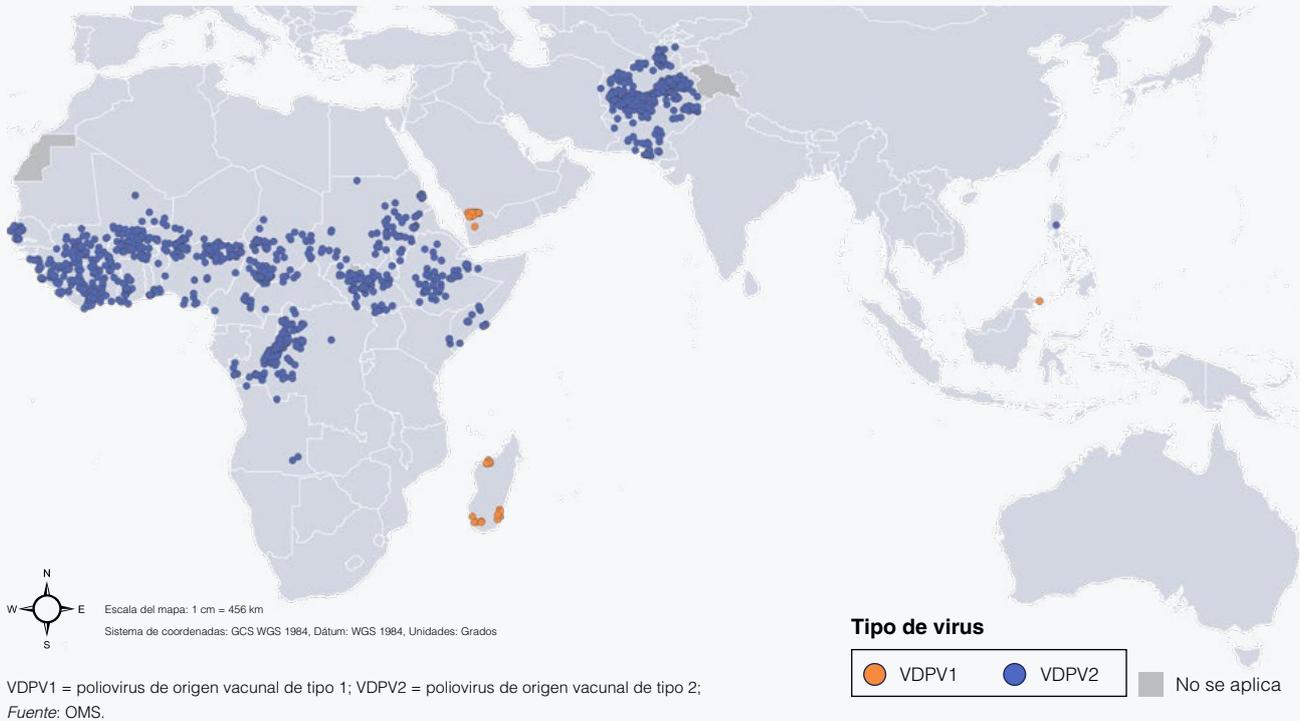
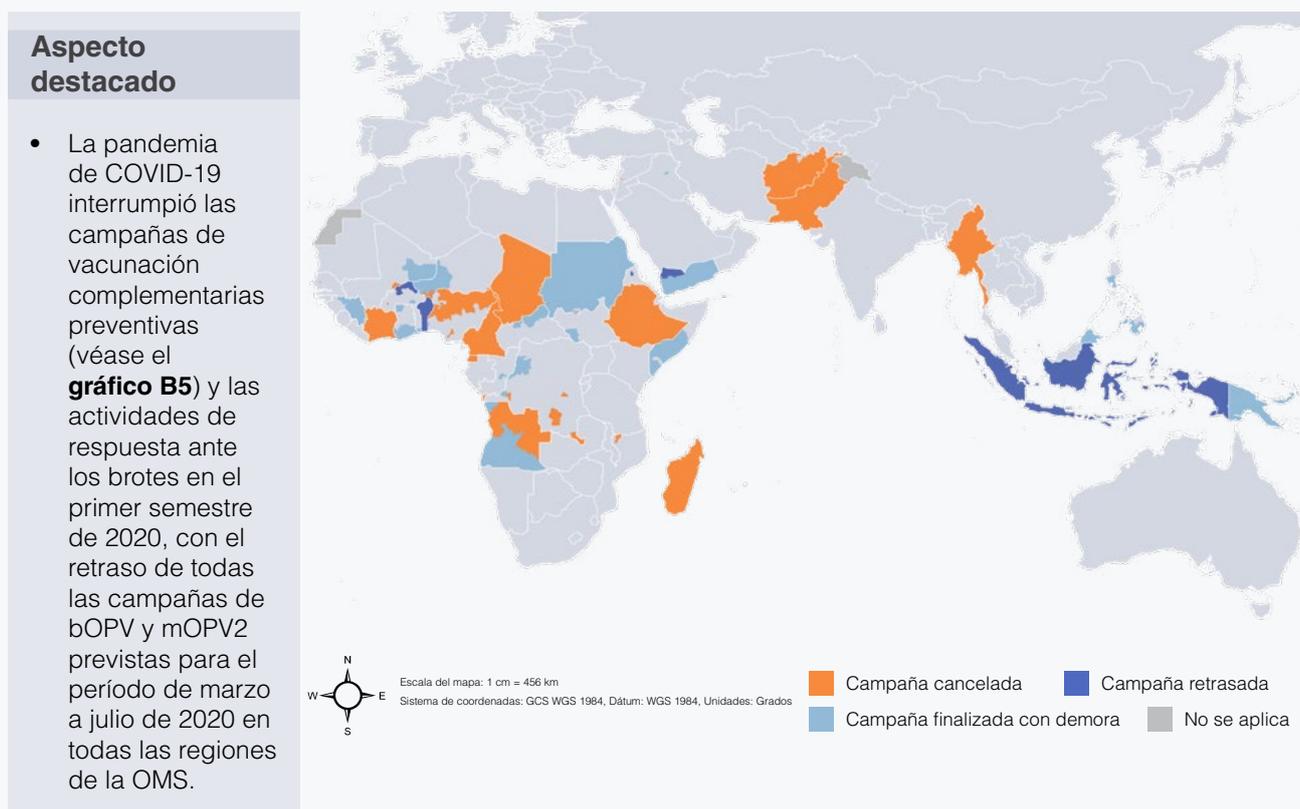
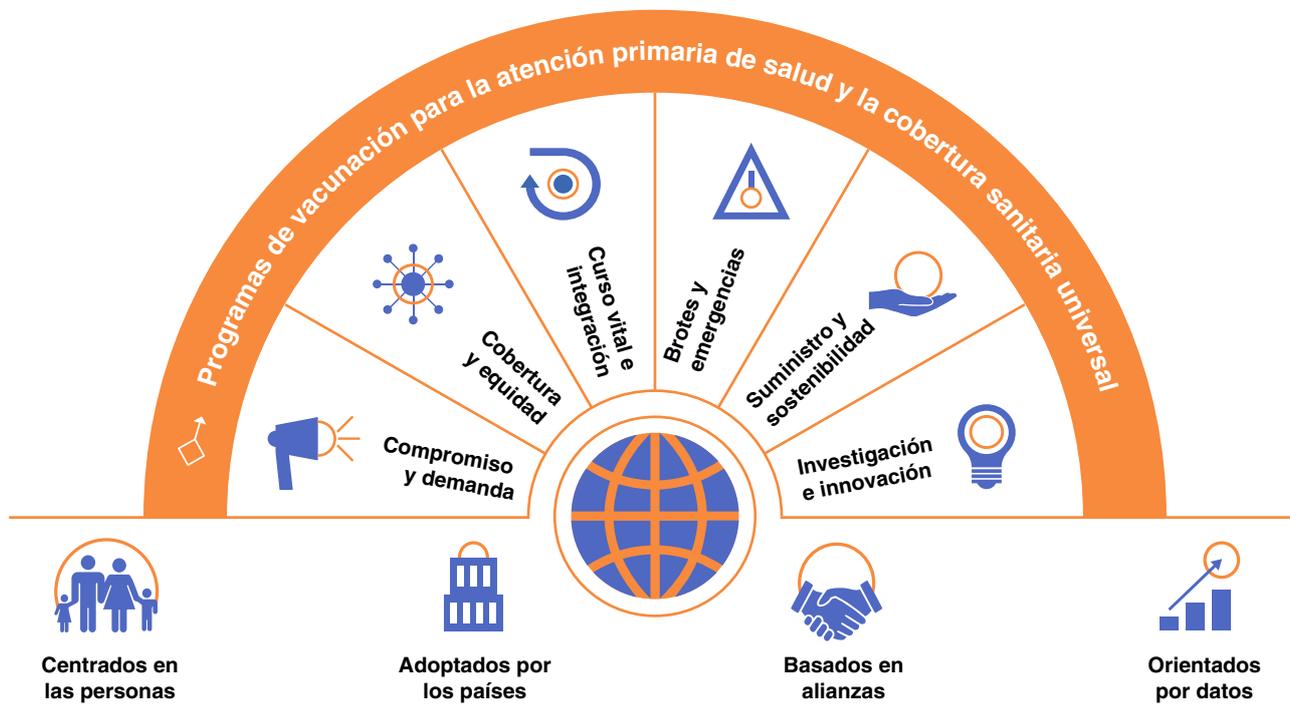


Gráfico B5. Campañas de vacunación complementarias finalizadas, retrasadas y canceladas, 2020



ANEXO C. AGENDA DE INMUNIZACIÓN 2030

Gráfico C1. Contribuciones de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a las prioridades estratégicas de la Agenda de Inmunización 2030



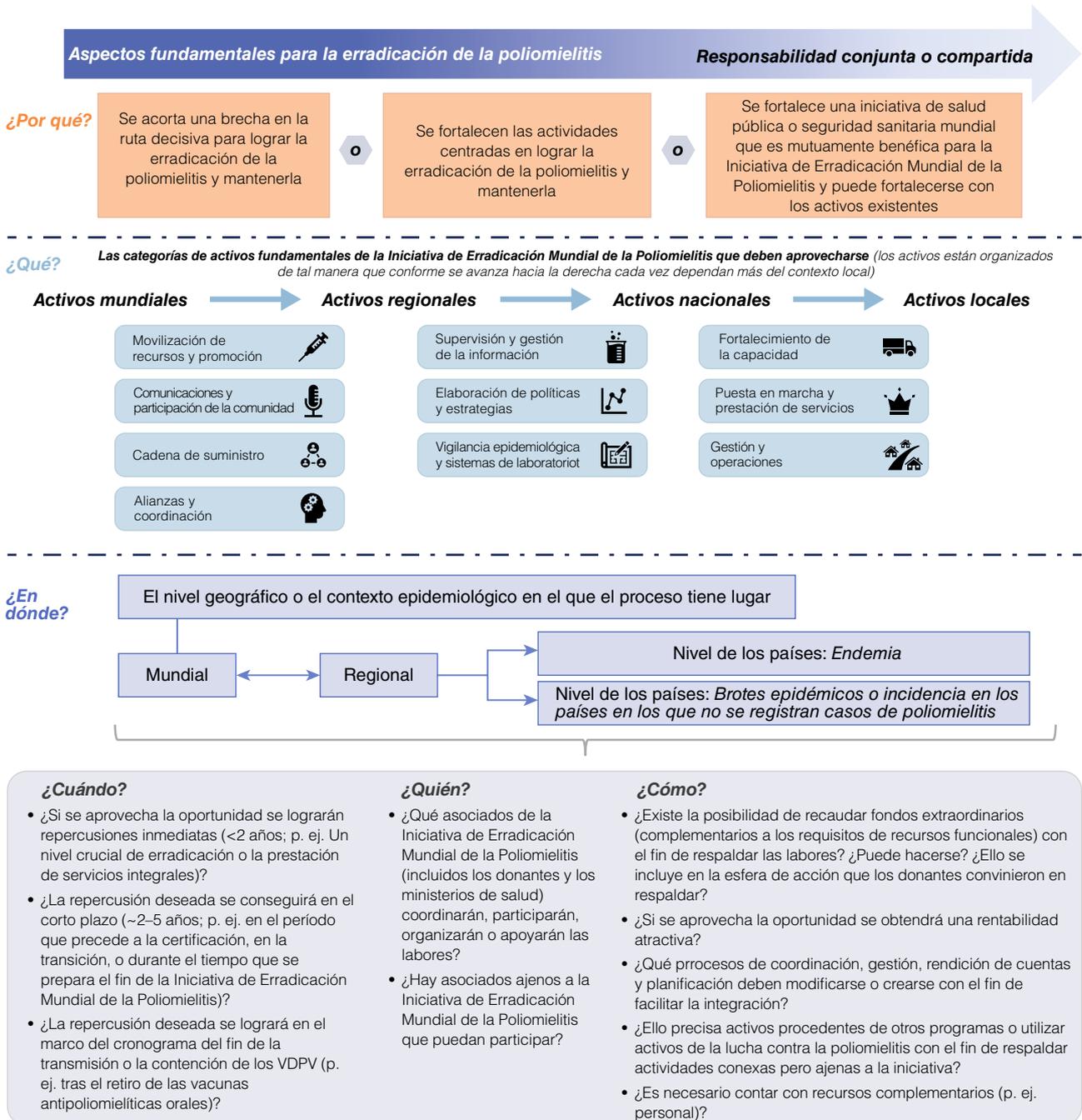
Prioridad estratégica n.º 1 Atención primaria de salud y cobertura sanitaria universal	Fortalecer la prestación de un paquete integral en el que se incluyen servicios de atención primaria de salud en zonas geográficas específicas
Prioridad estratégica n.º 2 Compromiso y demanda	Propiciar la aceptación de las vacunas antipoliomielíticas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto
Prioridad estratégica n.º 3 Cobertura y equidad	Llegar a las comunidades en las que no se proporcionan vacunas mediante estrategias específicas de aplicación integral con perspectiva de género
Prioridad estratégica n.º 4 Curso vital e integración	Lograr la erradicación y mantenerla por medio de la ampliación de la integración y la unificación de alianzas
Prioridad estratégica n.º 5 Brotes y emergencias	Utilizar las capacidades de emergencia con el fin de frenar la transmisión de cVDPV y evitar que en el futuro se produzcan brotes epidémicos
Prioridad estratégica n.º 6 Suministro y sostenibilidad	Garantizar un suministro adecuado de vacunas antipoliomielíticas y realizar labores en aras de una transición sostenible para no depender del apoyo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis
Prioridad estratégica n.º 7 Investigación e innovación	Impulsar la investigación sobre la poliomielitis y la mejora de los programas, por ejemplo, mediante la utilización de nOPV y las tecnologías digitales

cVDPV = poliovirus circulante de origen vacunal; nOPV = nueva vacuna antipoliomielítica oral;

Fuente: OMS.

ANEXO D. INTEGRACIÓN

Gráfico D1. Marco para adoptar decisiones relativas a la integración



OPV = vacuna antipoliomielítica oral; VDPV = poliovirus de origen vacunal.
Fuente: OMS.

Cuadro D1. Funciones de integración que la IEMP desempeña en los países en los que la poliomielitis es endémica

Dónde			
Plano geográfico: enfermedad endémica			
Por qué	Cierra una brecha en la ruta fundamental para lograr la erradicación de la poliomielitis y preservarla	Fortalece las actividades encaminadas a lograr la erradicación de la poliomielitis y preservarla	Refuerza una iniciativa de salud pública o seguridad sanitaria mundial que beneficia mutuamente a la IEMP y puede recibir el apoyo de activos ya existentes
Qué actividades se llevan a cabo	<p>Mejorar la calidad, la oportunidad y el alcance tanto de las actividades fundamentales de vacunación como de las campañas de vacunación complementarias contra la poliomielitis y otras labores contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación en las zonas de mayor riesgo al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumentar el acceso a los servicios fundamentales de vacunación e intensificar su uso en la región meridional del Afganistán y en los distritos de mayor riesgo del Pakistán • incorporar la planificación de las campañas de vacunación complementarias que aumenten las oportunidades de administrar de manera conjunta vacunas antipoliomielíticas y otras vacunas o intervenciones de salud, como la distribución de vitamina A, comprimidos desparasitantes y la difusión de mensajes relacionados con la salud maternoinfantil 	<p>Fortalecer la prestación de un paquete integral más amplio, en el que se incluyen servicios de atención primaria de la salud en regiones geográficas específicas al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantizar que los objetivos estratégicos del programa contra la poliomielitis se reflejen en inversiones más amplias en los sistemas y servicios de salud y los PAI • garantizar que la lucha contra la poliomielitis contribuya a los objetivos mundiales y nacionales de vacunación, incluida la disminución del número de «niños con cero dosis» y el cumplimiento de los principios básicos de la AI2030 de efectuar intervenciones centradas en las personas, adoptadas por los países, guiadas por datos y basadas en alianzas • promover la prestación de otros servicios básicos a las comunidades vulnerables 	<p>Reforzar las iniciativas de salud pública mundiales y nacionales más amplias en calidad de vía hacia una transición exitosa de los programas al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apoyar los esfuerzos para contener la COVID-19 mediante la participación activa con todas las autoridades nacionales y subnacionales que coordinan las labores de respuesta • mantener las actividades de vigilancia de la COVID-19, incluida las realización de pruebas y el rastreo, la gestión de datos, la comunicación de riesgos y la vacunación • proporcionar una capacidad de respuesta ante emergencias distinta durante los períodos de necesidad acuciante
Asociados indicativos	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de operaciones de emergencia nacionales y provinciales • Equipo de tareas del programa ampliado de sinergia de vacunación de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis en el Pakistán • Centro especializado en enfermedades endémicas • Programas ampliados de inmunización 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas humanitarios y de salud conexos • Sehatmandi y el Proyecto Nacional de Apoyo a la Salud • Centro de especializado en enfermedades endémicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobiernos nacionales y provinciales • Centro especializado en enfermedades endémicas

COVID-19 = enfermedad por el coronavirus de 2019; PAI = Programa Ampliado de Inmunización; AI2030 = Agenda de Inmunización 2030.

Cuadro D2. Funciones de integración que la IEMP desempeña en los países en los que hay brotes epidémicos de poliomielitis

Plano geográfico: brotes epidémicos		
Por qué	Fortalece las actividades encaminadas a lograr la erradicación de la poliomielitis y preservarla	Refuerza una iniciativa de salud pública o seguridad sanitaria mundial que beneficia mutuamente a la IEMP y puede recibir el apoyo de activos ya existentes
Qué actividades se llevan a cabo	<p>Coordinar las actividades de respuesta ante brotes epidémicos con el PAI y los asociados de vacunación con el fin de potenciar el desempeño de las campañas de vacunación fundamental en las zonas geográficas de los brotes epidémicos y las regiones adyacentes entre las campañas de administración de OPV al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizar el evento del brote epidémico como una oportunidad para reconocer las debilidades sistémicas del programa ampliado de inmunización y movilizar el apoyo de asociados de vacunación más amplios (es decir, Gavi) con el fin de mejorar el desempeño de la vacunación fundamental y el alcance de las actividades, incluida la aplicación de IPV • utilizar su estructura de gestión de incidentes para coordinar con los gobiernos, la atención primaria de la salud y el programa ampliado de inmunización y los asociados para coordinar y mejorar la divulgación, la microplanificación y la comunicación a fin de promover la vacunación fundamental y la atención primaria de la salud • en colaboración con Gavi y otros asociados, tener el objetivo de colocar el sistema en la senda de la recuperación tras la extinción de un brote epidémico, al aprovechar el evento del brote para revitalizar la planificación y la adopción de medidas de las autoridades de salud nacionales, provinciales y locales. 	<p>Reforzar las iniciativas de salud pública mundiales y nacionales más amplias en calidad de vía hacia una transición exitosa de los programas al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apoyar los esfuerzos para contener la COVID-19 mediante la participación activa con todas las autoridades nacionales y subnacionales que coordinan las labores de respuesta • mantener las actividades de vigilancia de la COVID-19, incluida las realización de pruebas y el rastreo, la gestión de datos, la comunicación de riesgos y la vacunación • proporcionar una capacidad de respuesta ante emergencias distinta durante los periodos de necesidad acuciante
Asociados indicativos	<ul style="list-style-type: none"> • Gavi (evaluaciones conjuntas, asistencia específica para los países y grupos de trabajo regionales) • Equipo de respuesta rápida • Programas ampliados de inmunización 	<ul style="list-style-type: none"> • CSP • Gavi

COVID-19 = enfermedad por el coronavirus de 2019; PAI = Programa Ampliado de Inmunización; IPV = vacuna con poliovirus inactivados; OPV = vacuna antipoliomielítica oral; CSP = Consejo de Supervisión de la Poliomielitis.

ANEXO E. RIESGOS

Riesgos estratégicos de alto nivel

Cuadro E1. Lista de riesgos (al segundo trimestre de 2021)

Riesgo	Caracterización	Probabilidad	Repercusión	Nivel de riesgo
Riesgo de propagación de VDPV	Hay un alto riesgo de propagación internacional continua y brotes epidémicos de cVDPV2 en varios países debido a la disminución de la inmunidad de la población frente al poliovirus de tipo 2, los endeble sistemas de vacunación fundamental y el aumento de la siembra de brotes debido al uso de vacuna de Sabin con OPV2. Es posible que la propagación continua desborde la capacidad de la IEMP para responder tanto por lo que respecta a capacidad técnica como de financiación disponible para el programa.	4	4	Alto
Recursos insuficientes	El aumento de las necesidades para atender brotes epidémicos, los suministros de vacunas y la falta de progresos en los países en los que la enfermedad es endémica podrían hacer que la demanda de los programas supere los recursos disponibles. Ello podría dar como resultado el riesgos de no poder mantener el nivel de apoyo que precisa la IEMP y quedarse sin fondos antes de que las labores hayan concluido.	3	4	Considerable
Vigilancia endeble	El riesgo de que se produzca transmisión constante no detectada de virus de la poliomielitis se debe a la endeble vigilancia en las zonas de alto riesgo. La vigilancia puede verse debilitada debido al acceso limitado en zonas inseguras, la capacitación poco frecuente de los funcionarios encargados de la vigilancia, el laboratorio y los datos, y el desvío de activos de la poliomielitis hacia otras esferas, como la COVID-19. La posibilidad de que se retire el apoyo de la IEMP podría debilitar las capacidades y los sistemas de salud de los países que no cuentan con capacidades de vigilancia sólidas.	3	4	Considerable
No se incorporan las cuestiones de género	Si las cuestiones de género no se reflejan lo suficiente en las estrategias, la planificación, los presupuestos, las operaciones y la gobernanza, ello podría tener un efecto perjudicial sobre la capacidad del programa para lograr el objetivo de erradicación.	4	3	Considerable
Pérdida de la confianza y el apoyo de los donantes	La pérdida de apoyo de los donantes debido a los malos resultados de erradicación de la poliomielitis o a que la IEMP no haya cumplido los criterios clave fijados por los donantes podría dar lugar a que se reduzcan los recursos para el programa.	2.5	4	Considerable
Acceso insuficiente	La imposibilidad de administrar OPV a todos los niños en los reservorios de poliomielitis restantes se debe a la inseguridad, las restricciones de acceso, la indiferencia de la comunidad y la desconfianza, lo que da lugar a grupos de niños sin vacunar, lo que a su vez aumenta el riesgo de no poder erradicar el poliovirus.	3	3	Considerable
Integración endeble	El riesgo de que la erradicación se vea comprometida si no se prestan servicios integrales se debe en gran medida a la insuficiencia de recursos y a que la gestión no se centra claramente en la prestación de servicios de conjunto en el marco de la IEMP.	3	3	Considerable
Indiferencia de la sociedad civil	La indiferencia de la sociedad civil hacia la erradicación de la poliomielitis podría conducir a resultados subóptimos y a la posible incapacidad de erradicar el WPV1 o contener los VDPV.	2.9	2.9	Moderado
Compromiso endeble del gobierno	La asunción de compromisos insuficientes por parte del gobierno en los planos político, financiero o de recursos podrían poner en peligro las labores de respuesta para la erradicación de la poliomielitis.	2	4	Moderado
La IEMP no consigue montar respuestas eficaces	La IEMP podría no conseguir montar una respuesta ante los complejos desafíos que supone la erradicación de la poliomielitis por lo que respecta a la calidad y la oportunidad de las operaciones de emergencia.	2	4	Moderado

COVID-19 = enfermedad por el coronavirus de 2019; cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; OPV2 = vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; VDPV = poliovirus de origen vacunal. WPV1 = poliovirus silvestre de tipo 1.

Nota: Las medidas de mitigación se incluirán en futuras actualizaciones de la lista de riesgos.

Ejemplos de riesgo operativo

Cuadro E2. Riesgos clave para el suministro de vacunas y las actividades de mitigación de riesgos (al segundo trimestre de 2021)

Categoría de riesgo	Caracterización	Respuesta	Situación
Reserva mundial de OPV	Lista limitada de proveedores y desgaste de los proveedores del mercado	Colaborar con el UNICEF, los fabricantes de vacunas, los encargados de la contención y el grupo de trabajo sobre la nOPV2 para traer nuevos proveedores al mercado	
	Riesgo de pérdida de las existencias de vacuna de Sabin con OPV2 en 2021-2022 en caso de que la nOPV2 se aplique con lentitud	Negociar un suministro más grande de vacuna de Sabin con OPV2	
	Riesgo de escasez de OPV2 en 2021-2023 si se suspende la administración de nOPV2 o la vacuna se retira por motivos de seguridad o estabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Supervisar de cerca la aplicación de nOPV2, la colaboración entre el grupo de trabajo sobre la nOPV2 y el Equipo de Tareas de Suministro de Vacunas y examinar el plan de reservas mundiales según sea necesario Asegurar un suministro de vacuna de Sabin con OPV2 a granel en calidad de medida de preparación para contingencias 	
bOPV	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la demanda de bOPV, lo que la haría menos atractiva para los proveedores y entrañaría el riesgo de mayores costos y desgaste de los proveedores Gran exceso de oferta o existencias que caducan debido a la cancelación de campañas de vacunación complementarias en 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Promover que los países acepten vacunas con períodos de conservación breves Mejorar la previsión de la demanda y los plazos de entrega Incorporar mecanismos para comunicar los riesgos financieros a los proveedores de vacunas 	
	Incapacidad para preservar reservas de aplicación para casos de emergencias amplias que basten para satisfacer la necesidad de bOPV en caso de que se produzcan brotes epidémicos de poliomielitis y cambios a corto plazo en los planes de campañas de vacunación complementarias	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar la lista de proveedores de OPV Crear una reserva física de bOPV como medida de preparación para imprevistos 	
	Reducción del número de proveedores aceptados por el Pakistán	Promover la concesión de licencias para nuevas bOPVs en el país	
Financiamiento	Financiación irregular, que afecta los plazos de aplicación del plan de reservas mundiales	Desarrollar y aplicar una estrategia, un plan y un presupuesto de suministro de vacunas para 2022–2026	
COVID-19/ Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19	El impacto de la COVID-19 y las actividades de respuesta conexas sobre el suministro de vacunas antipoliomielíticas	Elaborar planes a largo plazo de suministro de vacunas contra la poliomielitis y colaborar con los proveedores, la División de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos y el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en la planificación y coordinación ante contingencias	

bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; COVID-19 = enfermedad por el coronavirus de 2019; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; OPV = vacuna antipoliomielítica oral; OPV2 = vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; WHE = Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

Cuadro E3. Riesgos para la implementación de la nOPV2 (al segundo trimestre de 2021)

Categoría de riesgo	Caracterización	Probabilidad	Probable impacto
Seguridad	Tasa de siembra de nOPV2 insuficientemente baja	Baja	Alto
	Grupos de eventos adversos posvacunales o eventos adversos de especial interés	Baja	Alto
Eficacia (vacuna)	Baja eficacia para detener los brotes	Baja	Medio
Eficacia (aplicación)	Calidad/velocidad/alcance de la campaña inadecuados	Media-alta	Alto
Suministro de vacunas	Problemas de producción	Media	Alto
	Escasez de fondos para existencias	Media	Alto
	Pérdida de vacunas (por ejemplo, vida útil)	Baja	Medio
Aceptación o disposición del gobierno	Renuencia a utilizar nOPV2 por parte de los gobiernos; Incapacidad de estar listo para aplicar nOPV2	Baja-media	Alto
Aceptación de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Rechazo a la nOPV2 específicamente (por ejemplo, aprehensión relativa a «modificaciones genéticas», el desarrollo acelerado de una vacuna que no ha recibido la precalificación, la calidad de vacuna nueva) Reacción ante eventos adversos posvacunales reales o percibidos Impacto colateral sobre la confianza en la nOPV2 debido a las vacunas anticovidicas, etc. Desinformación generalizada y rumores sobre la inmunización en general o, específicamente, sobre la nOPV2 	Media	Alto
Financiamiento	Pérdida de la confianza o la financiación de los donantes en caso de que la nOPV2 no se aplique con éxito	Media	Alto
Epidemiología	Circulación simultánea masiva de poliovirus de tipos 1 y 2	Media	Medio
	Restablecimiento del carácter endémico de cVDPV2 en varias regiones	Baja	Alto
Reglamentación	Suspensión o revocación de la recomendación de incorporar la nOPV2 en el procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias	Baja	Alto
	Falta de precalificación para la nOPV2 debido a indicios relativos a la seguridad o la eficacia en ejemplos de aplicación sobre el terreno y ensayos clínicos u otros problemas de datos	Baja	Alto

COVID-19 = enfermedad por el coronavirus de 2019; cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2.



ANEXO F. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS E INDICADORES CLAVE DEL DESEMPEÑO

Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026

Cuadro F1. Crear un sentido de urgencia y rendición de cuentas mediante actividades de promoción con el fin de generar una mayor voluntad política

Resultados	Indicadores clave del desempeño
1.1 Mayor implicación del gobierno en forma de declaraciones y demostración de compromiso político	<p>1.1.1 % de países con nuevos casos de poliovirus detectados que declaran una emergencia nacional de salud pública en el plazo de una semana a partir de la confirmación del brote epidémico</p> <p>1.1.2 % de distritos previamente inaccesibles a los que se pudo acceder a través de las negociaciones y los acuerdos pertinentes</p> <p>1.1.3 Cada año se convocan al menos dos reuniones del equipo de tareas nacional sobre la erradicación de la poliomielitis (presididas por el primer mandatario) con el fin de examinar los progresos realizados y hacer frente a los problemas</p>
1.2 Se dispone de personal calificado para actuar con rapidez y en las localidades adecuadas en los países en los que la enfermedad es endémica y en los que hay riesgo de brotes epidémicos	<p>1.2.1 % de puestos de funcionarios médicos y personal de vacunación que permanecen vacantes durante tres o más meses en los distritos de alto riesgo de poliomielitis</p> <p>1.2.2 Los grupos de trabajo provinciales (presididos por los secretarios principales de las provincias, los gobernadores, los ministros de salud o los directores provinciales de salud) hacen un examen del número de niños sin vacunar y la calidad de las operaciones después de cada campaña de vacunación masiva que se efectúe en la provincia, y aplican medidas correctivas</p>
1.3 Aumento de las contribuciones financieras nacionales al programa de erradicación de la poliomielitis	<p>1.3.1 % de los países con brotes epidémicos que aportan recursos nacionales a las actividades de respuesta ante brotes desglosados por perfil de ingresos</p>

Cuadro E2. Propiciar la aceptación de las vacunas mediante la participación de las comunidades adaptada en función del contexto

Resultados	Indicadores clave del desempeño
2.1 Mayor conciencia de las actividades en todos los entornos en los que se llevan a cabo campañas de vacunación complementarias	<p>2.1.1 % de todas las campañas de vacunación complementarias con OPV en las que existen datos de que se tuvo conocimiento de la campaña en >90% de todos los hogares (sobre la base de vigilancia de las campañas o muestreo por lotes para la garantía de la calidad)</p>
2.2 Aumento de la participación de la comunidad en las campañas de vacunación complementarias en regiones subnacionales prioritarias (según los planes de acción nacionales para emergencias) en los países en los que la poliomielitis es endémica	<p>2.2.1 % de vacunadoras por campaña de vacunación complementaria en regiones subnacionales prioritarias en armonía con las disposiciones de la IEMP en materia de salvaguardia y protección contra la explotación y los abusos sexuales</p> <p>2.2.2 % de disminución del número de niños sin vacunar en regiones subnacionales prioritarias en países en los que la poliomielitis es endémica</p>
2.3 Mayor uso de enfoques innovadores para aumentar la participación de la comunidad (incluida la investigación, el análisis y el diseño de campañas en materia de cambio social y del comportamiento)	<p>2.3.1 Manifestaciones cualitativas del uso de soluciones diseñadas e implementadas en el plano local fundamentadas en un análisis de género con el fin de mejorar la participación de la comunidad en la lucha contra la poliomielitis y las campañas de vacunación fundamental</p>

OPV = vacuna antipoliomielítica oral;

Cuadro F3. Acelerar el progreso hacia la erradicación de la poliomielitis y la reducción de los niños con cero dosis mediante la ampliación de las labores de integración y la unificación de alianzas

Resultados	Indicadores clave del desempeño
3.1 Paquete de servicios integrales, adaptados al marco de la comunidad, prestados con una perspectiva de género en regiones geográficas específicas (según los planes de acción nacionales para emergencias) en los países en los que la poliomielitis es endémica	3.1.1 % de iniciativas de servicios integrales que se diseñan e implementan con una perspectiva de género
3.2 Armonía entre los objetivos de vacunación y lucha contra la poliomielitis que da lugar a inversiones en los sistemas y servicios de salud y el PAI que reflejan los objetivos estratégicos del programa contra la poliomielitis, y la lucha contra la poliomielitis contribuye a los objetivos de inmunización de la AI2030 y los países con el fin de reducir el número de niños con cero dosis.	3.2.1 % de las regiones geográficas subnacionales prioritarias en la lucha contra la poliomielitis en las que Gavi y la IEMP realizan inversiones conjuntas o en colaboración 3.2.2 % de aumento de las campañas de vacunación complementarias centradas en enfermedades prevenibles mediante vacunación en las que se administra simultáneamente bOPV* en-entornos en los que la poliomielitis es endémica: administración simultánea de bOPV mediante campañas centradas en enfermedades prevenibles mediante vacunación independientes de las campañas de vacunación complementarias contra la poliomielitis; en entornos en los que la poliomielitis no es endémica: administración simultánea de bOPV mediante campañas centradas en enfermedades prevenibles mediante vacunación independientes de las campañas de vacunación complementarias en las que se aplica exclusivamente OPV
3.3 Prestar apoyo ininterrumpido a las iniciativas mundiales y nacionales de salud pública más amplias como vía para la transición exitosa de los programas	3.3.1 Aumento de la cuantía de las inversiones en atención primaria de la seguridad centradas en las zonas de alto riesgo de poliomielitis en los países en los que la enfermedad es endémica y en los que hay brotes epidémicos o están en riesgo de que se produzcan 3.3.2 Mantener el seguimiento de las contribuciones que hace el personal de recursos humanos de lucha contra la poliomielitis a las actividades de respuesta contra la COVID-19

bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; COVID-19 = enfermedad por el coronavirus de 2019; PAI = Programa Ampliado de Inmunización; AI2030 = Agenda de Inmunización 2030; OPV = vacuna antipoliomielítica oral.

Cuadro F4. Aumentar los éxitos en primera línea mediante modificaciones a las campañas y las operaciones de respuesta ante brotes epidémicos

Resultados	Indicadores clave del desempeño
4.1 Mejora de la calidad de la campaña, especialmente por lo que respecta a disminuir el número de niños que constantemente quedan sin vacunar en las campañas de vacunación complementarias	44.1.1 % de las campañas para las que se elaboraron microplanes mediante talleres de planificación integrada (incluidos el programa ampliado de inmunización, el programa de salud de las madres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes, las actividades de comunicación y los sistemas de información geográfica) con perspectiva de género 4.1.2 Núm. de niños que anteriormente no se vacunaron (incluidos los que se encuentran en zonas inaccesibles) y que se vacunaron posteriormente, por trimestre 4.1.3 % de todas las campañas de vacunación complementarias con OPV en las que se muestran datos de cobertura desglosados por sexo y edad $\geq 90\%$ (sobre la base de muestreo por lotes para la garantía de la calidad o vigilancia de las campañas) 4.1.4 % de brotes epidémicos extinguidos en dos campañas y un barrido
4.2 Labores oportunas de preparación y respuesta ante brotes epidémicos	4.2.1 Núm. promedio de días que transcurrieron entre la confirmación de un brote epidémico y el inicio de la primera campaña de vacunación complementaria 4.2.2 % de fondos disponibles a nivel de distrito 72 horas antes del inicio de la campaña
4.3 Administración exitosa y oportuna de nOPV2	4.3.1 % de países de destino en los que se cumplen los requisitos para aplicar nOPV2 4.3.2 Núm. de países en los que se ha logrado administrar nOPV2 de conformidad con la hoja de ruta definida

bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; PAI = Programa Ampliado de Inmunización; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; OPV = vacuna antipoliomielítica oral.

Cuadro F5. Reforzar las labores de detección y respuesta mediante un sistema de vigilancia sensible y mecanismos de contención

Resultados	Indicadores clave del desempeño
5.1 Aplicación mundial coherente de las normas de vigilancia, con especial atención a los distritos prioritarios para la lucha contra la poliomielitis	5.1.1 % de distritos en los que se registra una tasa de parálisis flácida aguda no poliomielítica >2/100 000
	5.1.2 % de los establecimientos de vigilancia ambiental que cumplen con un umbral de sensibilidad de al menos el 50% de las muestras positivas para enterovirus en un plazo de seis meses
5.2 Aumento de la velocidad de detección y la exactitud del sistema de vigilancia	5.2.1 % de casos con obtención de muestras de heces suficientes desglosadas por sexo (objetivo: 80% de los casos)
	5.2.2 % de WPV y VDPVs notificados en los 35 días posteriores al inicio de casos de parálisis flácida aguda o la obtención de muestras procedentes de vigilancia ambiental

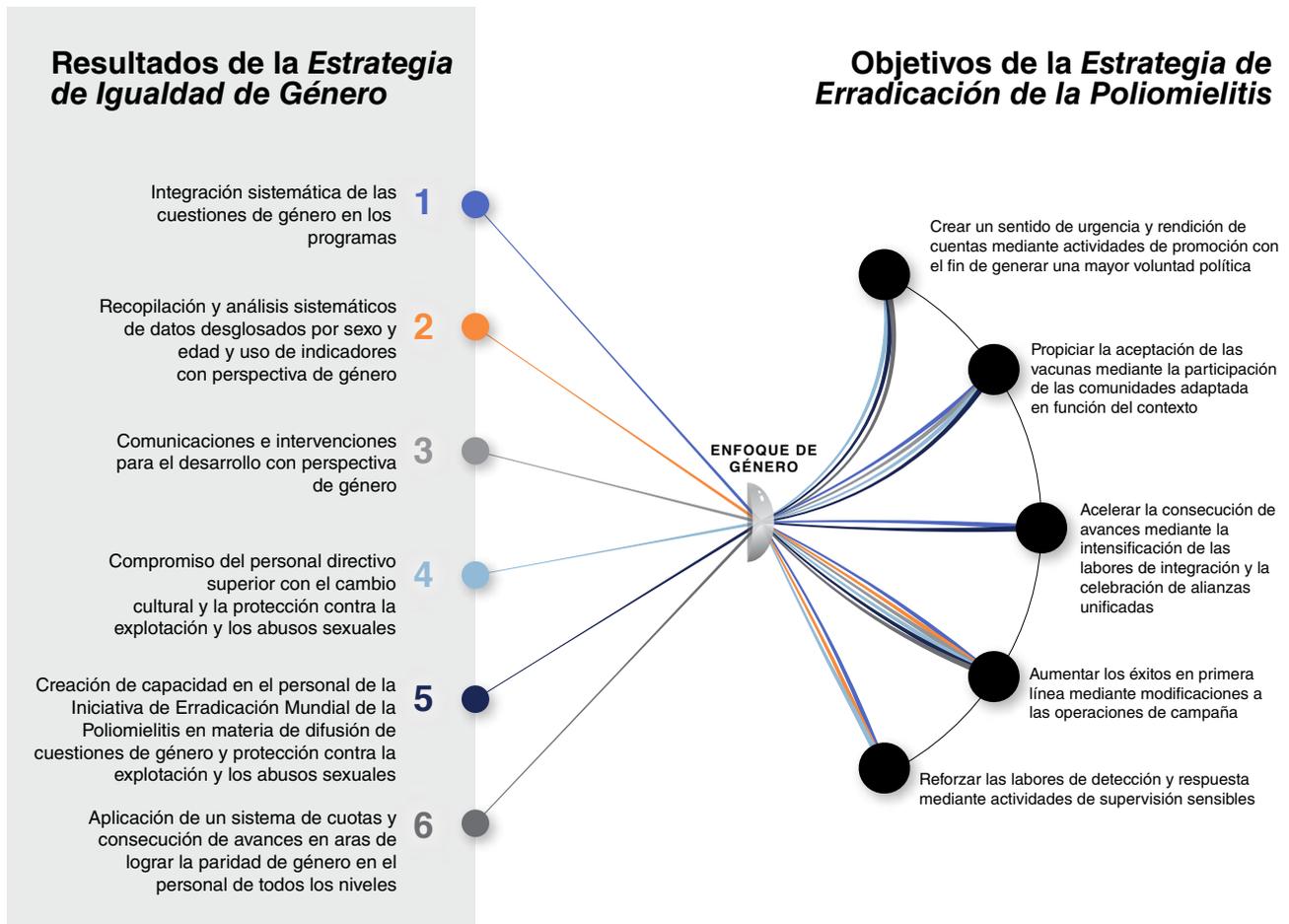
VDPV = poliovirus de origen vacunal; WPV = poliovirus silvestre.

Estrategia de igualdad de género 2019–2023**Cuadro F6. Resultados previstos de la Estrategia de Igualdad de Género e indicadores clave del desempeño**

Resultados esperados		
1	2	3
La IEMP diseña e implementa programas que responden a las cuestiones de género y aplica una perspectiva de género en sus intervenciones.	Los directivos, las estructuras y los sistemas de la IEMP respaldan la programación que responde a las cuestiones de género y los enfoques con perspectiva de género.	La IEMP está más cerca de lograr la paridad de género y hay un aumento de la participación y las actividades útiles de las mujeres en todos los niveles de la alianza.
Supervisión a través de los siguientes indicadores clave del desempeño		
<ul style="list-style-type: none"> % de intervenciones de la IEMP que se fundamentan en análisis de género y en las que se recopilan y analizan datos desglosados por sexo (incluidos documentos técnicos, informes de donantes, planes de acción nacionales para emergencias, directrices de procedimientos operativos normalizados, recomendaciones del grupo de asesoramiento técnico, comunicaciones e intervenciones de comunicación para el desarrollo) 	<ul style="list-style-type: none"> % de la asignación presupuestaria de la IEMP de 5 años que se destina a la incorporación de la perspectiva de género, incluidos los recursos humanos, la capacitación y el análisis de género en la sede y en el plano nacional Existencia de una política de protección contra la explotación y el abuso sexuales y medidas de salvaguardia, y un plan de trabajo para aplicar la política; conocimiento por parte de los miembros del personal sobre la existencia de la política sobre salvaguardias y protección contra la explotación y el abuso sexuales y su evaluación de su eficacia (% al inicio y después de 3-5 años a través de una encuesta) % del personal capacitado y que informó un aumento de los niveles de conocimiento, que da lugar a la aplicación de una perspectiva de género en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Núm. de mujeres que desempeñan funciones de adopción de decisiones en la sede, en los planos regional y nacional, del núm. total de mujeres (desglosado por nivel, a través de un análisis de referencia de recursos humanos y después de 3-5 años, incluidos los grupos de gestión, asesoramiento y supervisión de la IEMP) Percepciones de mujeres y hombres de la IEMP sobre la igualdad de género en la adopción de decisiones (encuesta de referencia y después de 3-5 años: personal, gobiernos y asociados de la IEMP)

La **Estrategia de Igualdad de Género 2019–2023** es una estrategia independiente que está vinculada a la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis y la fortalece. En la vía hacia la erradicación, el género desempeña un papel fundamental. Cuando se aplica en toda la IEMP y en todos los planos, la perspectiva de género mejora el desempeño del programa y aumenta el impacto (véase el **gráfico F1**). El Comité de Estrategia de la IEMP supervisa tanto la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis como la Estrategia de Igualdad de Género, y estas han recibido el respaldo del CSP.

Gráfico F1. Armonía entre la Estrategia de Igualdad de Género y la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis



Fuente: OMS.

ANEXO G. PLANIFICACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA RELACIONADOS CON LA nOPV2

El éxito del despliegue de la nOPV2 dependerá de una amplia variedad de factores, incluidas las propiedades de la vacuna, la calidad de las actividades de inmunización contra la poliomielitis que la suministrarán, la aceptación de la comunidad, la financiación y el suministro de vacunas, entre otros factores (véanse los riesgos operativos en el **anexo E**). Cada factor puede verse influenciado por uno o varios riesgos que, individual o acumulativamente, pueden afectar el impacto de la nOPV2 y la erradicación general de la poliomielitis.

La IEMP ha considerado una serie de escenarios potenciales con el despliegue de nOPV2, las decisiones críticas necesarias para abordar estos escenarios y sus posibles consecuencias para la erradicación de la poliomielitis (véase el **gráfico G1**).

Los escenarios principales se han definido de la siguiente manera:

- *Enfoque actual:* nOPV2 se implementará a medida que los países cumplan con los criterios de preparación. Si los datos del campo continúan evaluando nOPV2 como favorable, mOPV2 y tOPV se eliminarán gradualmente con algunas opciones de suministro mantenidas hasta la precalificación y la licencia completa de nOPV2.
- *Opción paralela:* Si el monitoreo continuo del uso de nOPV2 indica problemas importantes en torno a la seguridad de la vacuna o un mayor riesgo de emergencia de VDPV2 como consecuencia de su uso (lo que lleva a cambios en su estado de procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias o precalificación proyectada), el programa explorará la viabilidad de desarrollar nuevos candidatos de OPV de respaldo y poner en práctica su uso lo antes posible.
- *Enfoque B:* Si no se pueden resolver problemas importantes y el programa debe alejarse de nOPV2, se utilizará mOPV2 o tOPV en la respuesta al brote. Una junta de supervisión independiente evaluaría dos veces al año la viabilidad del enfoque B para lograr la interrupción de cVDPV2.
- *Enfoque C:* Si el uso de mOPV2 o tOPV en la respuesta a los brotes no logra controlar los brotes o si hay un cambio importante en la epidemiología, como la cocirculación de diferentes cepas o la endemidad de cVDPV2, el programa pasará a reintroducir Sabin OPV2 en la inmunización preventiva y esencial, «invirtiendo efectivamente el cambio». Según la situación, el programa puede seguir respondiendo a los brotes de cVDPV2 utilizando mOPV2 o tOPV en las actividades suplementarias de inmunización o depender totalmente de la vacunación fundamental para mantener la carga de morbilidad en niveles bajos.

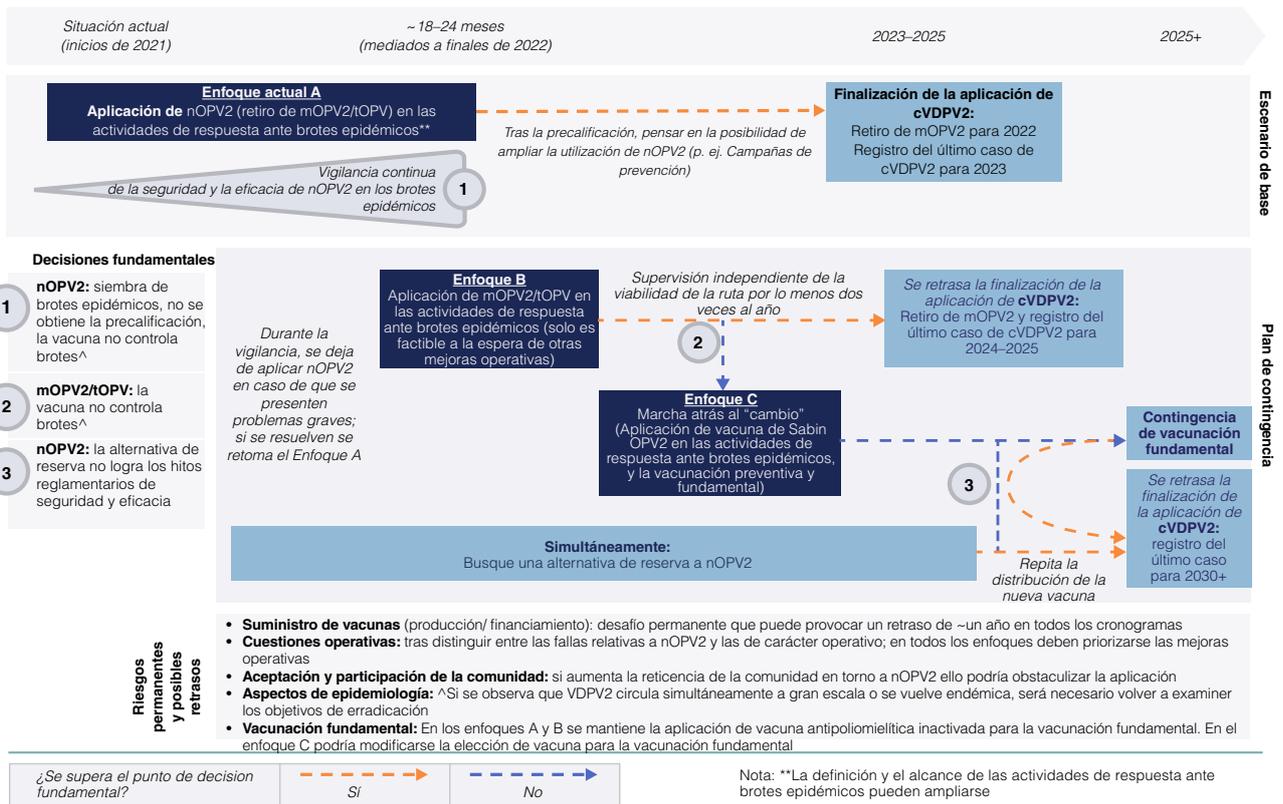
El programa también ha considerado el uso de vacunas en el marco de un plan esencial de inmunización para imprevistos, con el objetivo de reducir la tasa de parálisis debida al poliovirus y, al mismo tiempo, mantener la oportunidad de reanudar la búsqueda de la erradicación a la espera de novedades como nuevas vacunas adecuadas para el final. Se identificaron cuatro opciones (IPV y OPV; toxina lábil de doble mutante (dmLT) adyuvante IPV solamente; IPV independiente o combinado solamente; y OPV únicamente) y la decisión final dependerá en última instancia de la situación epidemiológica, así como de la capacidad para las campañas, los plazos de desarrollo y producción y las estructuras de precios, el mantenimiento de las existencias para los países en riesgo debido a las deficiencias en materia de inmunización, y los riesgos futuros de VDPVs y VAPP si la IEMP debe considerar una estrategia de control a largo plazo.

Implementación de nOPV2 y planificación de contingencias

La elección óptima de la vacuna debe determinarse sobre la base de la realidad epidemiológica y virológica local existente y prevaleciente, para garantizar que los serotipos circulantes puedan abordarse de la manera más eficaz para su interrupción. Esto incluye el rápido despliegue y uso de nOPV2 en respuesta a la circulación de cVDPV2, cuando sea apropiado.

Garantizar que las decisiones fundamentales que influyen en el uso de nOPV2 estén adecuadamente definidas, incluido el alcance geográfico y el modo de administración, será fundamental y deberá estar respaldada por una estrategia de comunicación pertinente (incluidas las comunicaciones de crisis), basada en el cartografiado de escenarios potenciales y la identificación de puntos de decisión fundamentales.

Gráfico G1. Diagrama de flujo de las decisiones fundamentales y los posibles resultados de la distribución de la nueva vacuna antipoliomielítica oral



cVDPV2 = poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2; mOPV2 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; tOPV = vacuna antipoliomielítica oral trivalente.

Fuente OMS.

ANEXO H. EXAMEN DE LA GESTIÓN

En julio de 2020, tras una revisión de la gobernanza, la IEMP puso en marcha una revisión exhaustiva de los grupos de gestión internos y externos que informan al SC para garantizar la alineación estratégica, la racionalización de las operaciones y la ejecución exitosa de la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026**. Esta revisión de la gestión fue realizada de forma independiente por Camber Collective desde septiembre de 2020 hasta enero de 2021 para garantizar una revisión confidencial y objetiva.

El examen de la gestión consistió en tres fases (véase el **gráfico H1**) y culminó en un compromiso muy colaborativo y amplio con el Comité de Estrategia para diseñar y perfeccionar los cambios en la estructura de la IEMP y asegurar la alineación y el compromiso compartido con las recomendaciones propuestas.

Gráfico H1. Proceso de examen de la gestión de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, 2020–2021



Fuente: OMS.

Conclusiones

La fase de evaluación reunió las perspectivas de las partes interesadas a través de una encuesta a más de 100 encuestados únicos y entrevistas directas con más de 35 personas del Comité de Estrategia, grupos de gestión, equipos de trabajo, agencias asociadas y donantes externos.

En la evaluación se llegó a la conclusión de que la estructura de la IEMP requería cambios para ajustarse a su propósito y cumplir eficazmente con la estrategia actual. Un tema clave planteado en relación con la nueva estrategia fue la necesidad de participar a nivel regional de maneras más específicas del contexto y culturalmente receptivas. Para apoyar el cambio necesario dentro de la asociación, se identificaron los imperativos para el cambio en tres categorías principales: claridad de roles, toma de decisiones y rendición de cuentas (véase el **gráfico H2**).

Si bien estas esferas de cambio se convirtieron en los objetivos principales de los cambios estructurales recomendados, en la evaluación también se reconocieron varias cuestiones fundamentales que requieren una atención más concertada, una comprensión más profunda y una atención y ajustes constantes por parte de los organismos asociados. Éstos deberían comprender:

- Autoridad:** Dado que la IEMP no es una entidad legal formal, las partes interesadas individuales no tienen la autoridad para obligar a la acción de otros. Esta condición más fundamental de la asociación se ve aún más desafiada por los organismos asociados descentralizados, que complican la capacidad del programa para coordinar las actividades a nivel nacional y regional a nivel del Comité de Estrategia y el CSP.
- Agilidad:** La forma en que se estructuran los compromisos de recursos de las agencias asociadas dificulta el cambio de las asignaciones o la penalizar o reemplazar al personal de bajo rendimiento.
- Confianza:** La evaluación encontró áreas en las que la confianza entre los socios y con las partes interesadas externas se tensa, particularmente por la percepción de que los intereses de las agencias individuales a veces se han colocado por delante de la IEMP en su conjunto. Este déficit de confianza tendrá que remediarse para operar con eficacia y lograr una base sólida para el esfuerzo de erradicación.

Gráfico H2. Aspectos imprescindibles para el cambio



Fuente: OMS.

Recomendaciones

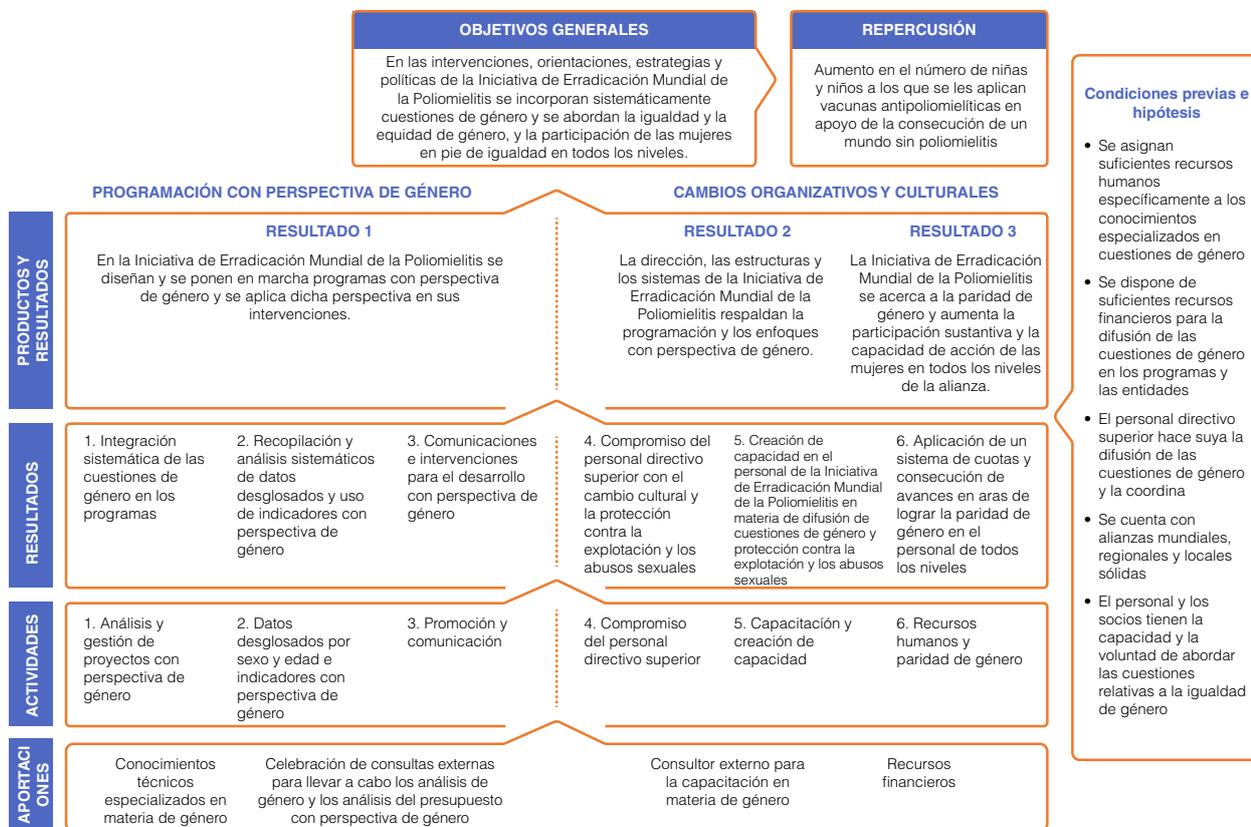
Sobre la base de los resultados de la evaluación, la estructura de la IEMP se revisó y actualizó para ayudar a la asociación a ser más adecuada para el propósito de llevar a cabo esta estrategia en el camino hacia la erradicación mundial (véase el **gráfico H3**). Además de volver a cartografiar todos los grupos de gestión con un mandato coherente en consonancia con la estrategia revisada y los objetivos básicos de aumentar la rendición de cuentas, la claridad de las funciones y la eficacia de la adopción de decisiones, ya se están realizando cambios en la estructura orgánica de la IEMP en los planos mundial y regional.

Los cambios clave se centran en:

- establecer y realinear estructuras regionales para conferir mayor autoridad y fortalecer la rendición de cuentas con los programas de país – específicamente, el Grupo de Respuesta y Preparación para Brotes Epidémicos y el centro especializado en enfermedades endémicas sirven para unir a los equipos de respuesta regionales con los sistemas globales, proporcionando orientación y apoyo consistentes al tiempo que minimizan los puntos de contacto y fricción para apoyar una mayor agilidad de la campaña y elevar el papel de la participación y la participación de la comunidad en la configuración de los enfoques de la campaña;
- ampliar la participación de los interesados directos en los grupos superiores de adopción de decisiones y las consultas de los grupos superiores de adopción de decisiones, incluida la revisión del pob y el sc para incluir a un representante de los donantes a fin de responder mejor a las aportaciones de los donantes;
- el establecimiento de una nueva Dependencia de Gestión Ejecutiva para apoyar la rendición de cuentas operativas de los equipos de apoyo a los programas mundiales y de operaciones regionales, lo que permitirá al Comité de Estrategia centrarse más plenamente en los imperativos estratégicos;
- la consolidación de equipos para promover la eficiencia y el traslado de las funciones mundiales al nivel regional dentro de un mandato en el que puedan apoyar mejor las actividades de respuesta específicas; y
- establecer nuevos grupos mundiales de apoyo a los programas, cuando sea necesario, como grupos de promoción política que coordinen los esfuerzos en toda la estrategia para fomentar la voluntad política y el sentido de identificación de los gobiernos con la erradicación de la poliomielitis.

ANEXO I. INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Gráfico I1. Visión y marco lógico de la Estrategia de Igualdad de Género



Fuente: : Estrategia de Igualdad de Género 2019-2023.

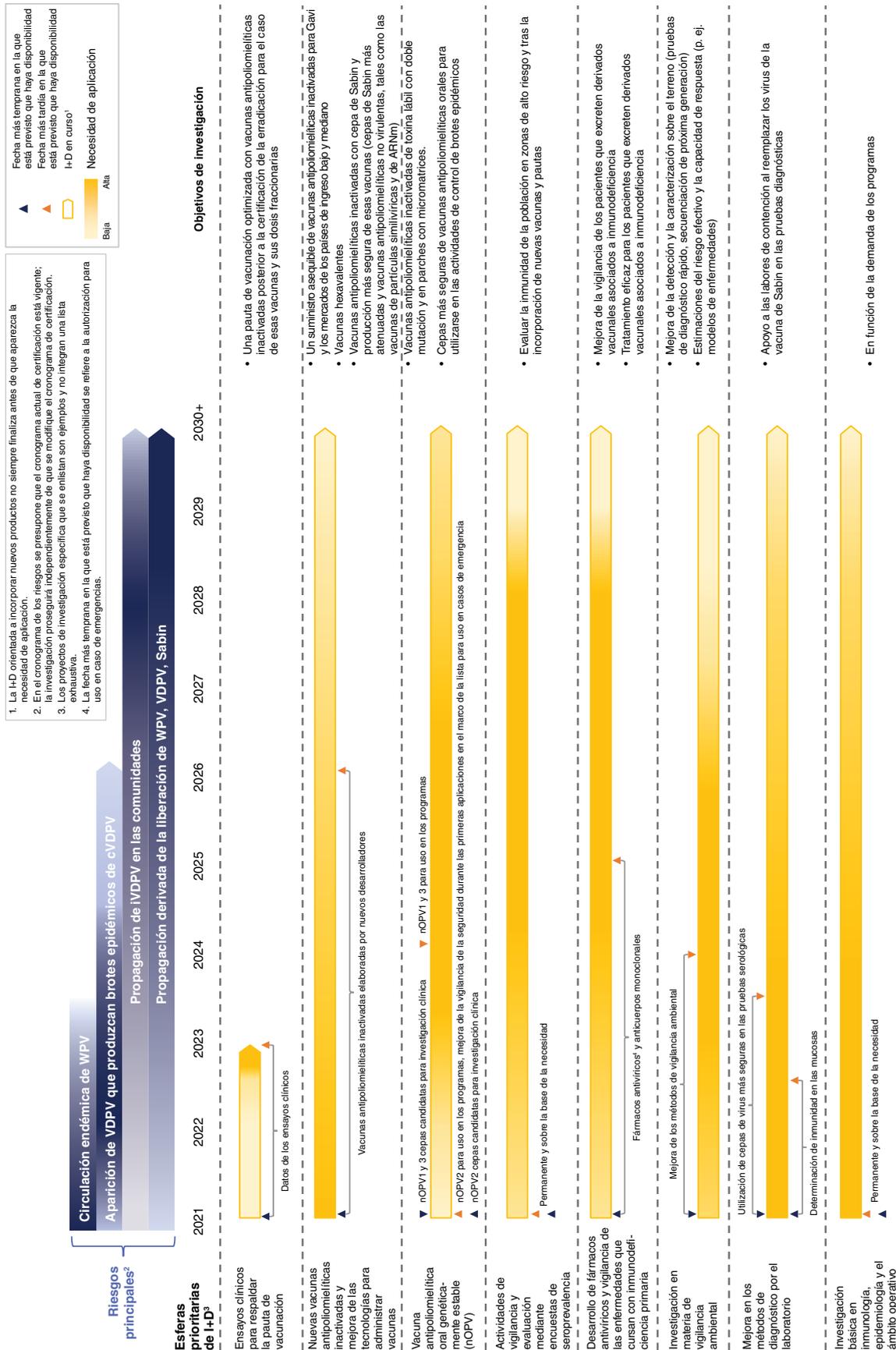
Cuadro I1. Parámetros complementarios relativos al género

Esfera	Indicadores calculados mediante datos desglosados por sexo
Análisis e incorporación de la perspectiva de género	<ul style="list-style-type: none"> • Núm. de indicadores con perspectiva de género o específicos de género elaborados y supervisados sistemáticamente • Núm. de estudios de investigación clínica y publicaciones resultantes en las que se comunican datos desglosados por sexo y se aplican las directrices relativas al sexo y la equidad de género en la investigación (SAGER)³⁸
Esfera	Indicadores calculados mediante datos de recursos humanos
Participación de la mujer, contratación equitativa y protección contra la explotación y el abuso sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Núm. de grupos de asesoramiento y supervisión de la IEMP en los que se logra la paridad de género (situación inicial: 1/16) • Núm. de descripciones de puestos examinadas con una perspectiva de género • % de comités de selección integrados por mujeres y hombres • % de comités de selección con presencia de un coordinador de cuestiones de género • % de entrevistas de trabajo en los que se examinan las competencias de género
Capacitación y creación de capacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Núm. de capacitaciones en cuestiones de género establecidas impartidas al personal • % del personal que tomó un curso de capacitación en cuestiones de género
Esfera	Indicators reported through financial data
Recursos financieros suficientes	<ul style="list-style-type: none"> • % de la financiación asignada a los conocimientos técnicos en materia de género • % de la financiación asignada a las prácticas de recursos humanos orientadas a contratar a más mujeres • % de los fondos asignados a la realización de análisis de género • % de los fondos destinados a la ejecución de actividades de capacitación y fomento de la capacidad en materia de género • % de la financiación asignada para mejorar el cálculo de parámetros y la obtención de datos • % de países que presentan una solicitud presupuestaria con una solicitud de financiación específica para cuestiones de género

³⁸ Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. Res Integr Peer Rev 1. 2016;2 (https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6, consultado el 19 de junio de 2021).

ANEXO J. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Gráfico J1. Actividades de investigación y desarrollo en fase de preparación, 2021–2030+



Cuadro J1. Gama de ámbitos de investigación en materia de poliomielitis y su repercusión

Núm.	Ámbito de investigación	Repercusión
1	Inmunología básica – inmunidad humoral, inmunidad de las mucosas, duración de la inmunidad, disminución de la respuesta inmunitaria, repercusiones de la desnutrición y otras variables relacionadas con las vacunas antipoliomielíticas; se han efectuado muchos estudios y hay varios en curso	Contribuye a comprender la repercusión de las vacunas y la vacunación sobre la inmunidad contra la poliomielitis; esos conocimientos han impulsado y siguen impulsando las políticas de vacunación y la elección de vacunas, además, la política de vacunación contra la poliomielitis para los viajeros se elaboró sobre la base de esos conocimientos
2	Vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes específicas para cada tipo (mOPV1, mOPV2, mOPV3)	El aumento de la eficacia por dosis contribuye a eliminar la transmisión en distintas zonas en las que la enfermedad es muy endémica; las vacunas se utilizan permanentemente en las actividades de respuesta ante brotes y constituyen una parte de las existencias
3	OPV bivalente (tipos 1 y 3): ensayos, licencias, precalificación de la OMS que dan como resultado un desarrollo y administración acelerados	Contribuye a superar la alternancia de las campañas de vacunación complementarias con mOPV1 y mOPV3 o tOPV, lo que produce ahorros y éxito significativos; la vacuna aún se utiliza ampliamente
4	Desarrollo acelerado de nOPV2 genéticamente más estable para las actividades de respuesta ante brotes	Desarrollada a escala y en esquema de riesgo con la aprobación del procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias para uso en actividades de respuesta ante brotes, sobre la base de datos clínicos de fase II y otros datos fundamentales
5	Producción más segura de IPV – Vacuna de Sabin con IPV, cepas S19 más atenuadas, etc.	Contribuir al fondo común de IPV de la IEMP para superar los déficit de suministros; podría reducir los requisitos de contención
6	Dosis fraccionaria (1/5 de la dosis) de IPV, inmunogenicidad bien documentada de fIPV, recomendación de la vacuna y adopción para uso; desarrollo de dispositivos para inyección intradérmica; un dispositivo precalificado por la OMS y disponible para utilizarse en campañas de vacunación fundamental y de aplicación de fIPV	Utilizado en muchos países de Asia Sudoriental y algunos países de las Américas; una alternativa que ahorra antígenos y costes que ha funcionado bien en los países que la adoptaron
7	Son objeto de evaluación otras alternativas de IPV asequibles para ahorrar antígenos, por ejemplo, IPV adyuvante, IPV con inmunidad de mucosas, dmLT-IPV	Contribuirá a superar los inconvenientes de la IPV, incluido el alto costo y que no proporciona inmunidad de mucosas por sí sola
8	Calendarios de vacunación para el presente y el futuro: combinación OPV-IPV o calendarios secuenciales, calendarios exclusivamente con IPV para sustituir la vacuna de Sabin con OPV	Los calendarios de bOPV-IPV con dosis de IPV completas/fraccionadas sustituyen las pautas de tOPV; Los calendarios en los que solo se administra IPV se utilizarán en el período posterior a la suspensión de la OPV y, posteriormente, preservarán la inmunidad
9	Vacunas antipoliomielíticas no infecciosas, por ejemplo, VLP y vacunas de ARNm	De comprobarse su utilidad, podrían ser las vacunas de elección, especialmente en el período posterior a la certificación; podrían fabricarse sin tener en cuenta los requisitos de contención y son fundamentales para mantener la situación de erradicación de la poliomielitis
10	Seguimiento y evaluación a través de encuestas de seroprevalencia en zonas de alto riesgo seleccionadas	Facilitó que los administradores comprendieran mejor la calidad, el impacto y los desafíos del programa de vacunación y superaran las dificultades operativas
11	Evaluación de los riesgos que entrañan la poliomielitis parálitica de origen vacunal, los VDPV y los poliovirus de origen vacunal asociados a inmunodeficiencia	Ha contribuido a perfeccionar la política de vacunación y elaborar directrices para la vigilancia de los poliovirus en personas que presentan inmunodeficiencias primarias

continúa ...

Núm.	Ámbito de investigación	Repercusión
12	Estudios genéticos que incluyen análisis filogenéticos y vinculación con las mutaciones de los virus	Podría contribuir a comprender mejor la evolución de los VDPV
13	Vigilancia ambiental, diagnósticos de laboratorio más seguros y sensibles, uso de pseudovirus para ensayos en mucosas, S19 y otras cepas nuevas	Han contribuido al conocimiento sobre la duración de la excreción de virus después de las campañas y a obtener resultados de laboratorio con mayor rapidez; reducirá los requisitos de contención y aumentará las tasas de detección
14	Uso de la tecnología digital: innovaciones en las actividades de vigilancia y vacunación en zonas comprometidas con la seguridad, estimación a distancia de la población objetivo a través de imágenes satelitales	El cartografiado mediante sistemas de información geográfica hasta el plano de los asentamientos y los hogares ayudó a reducir el problema de las imprecisiones de cálculo y aumentar el alcance de los vacunadores
15	Datos de teléfonos móviles para la microplanificación, instrumentos innovadores de vigilancia y prácticas para evaluar la cobertura y la calidad de las campañas de vacunación complementarias	Las labores de seguimiento de las vacunas y el muestreo por lotes para la garantía de la calidad han contribuido a la vigilancia y proporcionado información para mejorar las operaciones
16	Investigación operativa para mejorar la participación de la comunidad, garantizar la equidad de género, e integrar las actividades de lucha contra la poliomielitis con otros servicios en el plano comunitario	Los proyectos piloto y de investigación en curso pueden contribuir a mejorar las operaciones y la cobertura de vacunación en zonas específicas y problemáticas
17	Exploración de nuevas ideas, instrumentos y enfoques innovadores a discreción	Un proceso ininterrumpido con el fin de comprender los problemas y formular soluciones

bOPV = vacuna antipoliomielítica oral bivalente; dmLT = toxina lábil con doble mutación; fIPV = vacuna con poliovirus inactivados fraccionada; IPV = vacuna con poliovirus inactivados; iVDPV = poliovirus de origen vacunal asociados a inmunodeficiencia; mOPV1 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1; mOPV2 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; mOPV3 = vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 3; ARNm = ácido ribonucleico mensajero; nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; OPV = vacuna antipoliomielítica oral; tOPV = vacuna antipoliomielítica oral trivalente; VDPV = poliovirus de origen vacunal.

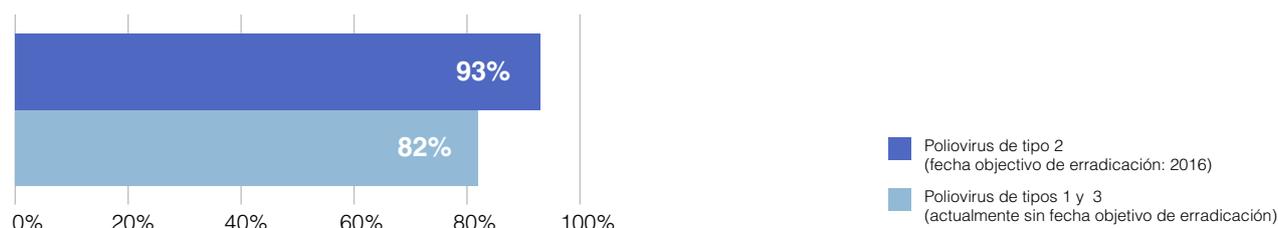
ANEXO K. ACTUALIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN DE LA POLIOMIELITIS

Etapas e hitos fundamentales

(al 15 de marzo de 2021)

Etapa I

Gráfico K1. Porcentaje de países y territorios que cuentan con listas completas de poliovirus (total n=214)

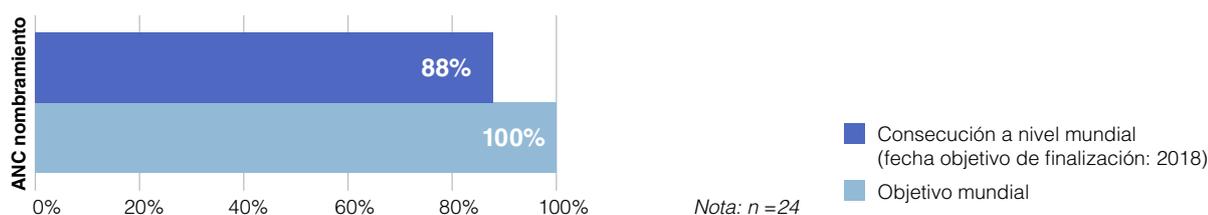


Fuente: OMS.

Etapa II

Gobernanza nacional de la contención

Gráfico K2. Avances en la designación de autoridades nacionales de contención



Nota: n = 24

Autoridad nacional de contención (ANC)

Fuente: OMS.

Número de países que comunican la intención de conservar materiales vinculados al poliovirus de tipo 2 = 24

Número de instalaciones antipoliomielíticas esenciales para el poliovirus de tipo 2 reconocidas: 74

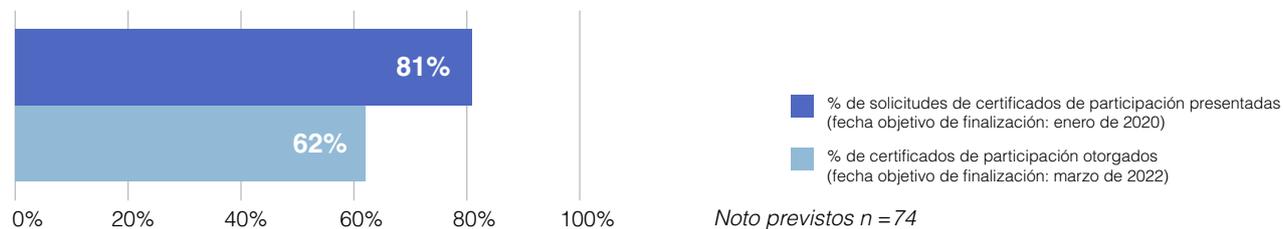
Autoridades nacionales de contención designadas a diciembre de 2018: Meta 100%

Certificados de participación para instalaciones antipoliomielíticas esenciales:

Solicitudes de certificados de participación presentadas a enero de 2020: Meta 100%

Certificados de Participación otorgados a marzo de 2022: Meta 100%

Gráfico K3. Solicitudes de certificados de participación presentadas y certificados otorgados



Nota previstos n = 74

Fuente: OMS.

Preparación de los países para obtener el Certificado Provisional de Contención (ICC)/CC (de conformidad con el GAPIII vigente)

Número de auditores principales nacionales cualificados a fines de 2021: Meta 10

Situación: 0 auditores nacionales cualificados de conformidad con el GAPIII

Solicitudes de Certificados Provisionales de Contención

Número de solicitudes de Certificado Provisional de Contención presentadas por 24 países a mayo de 2022 (>70): Meta 100%

Situación: 0 solicitudes de Certificado Provisional de Contención presentadas





www.polioeradication.org

POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE