



2016

EXAMEN A MITAD DE  
EJECUCIÓN DEL  
PLAN DE ACCIÓN  
MUNDIAL SOBRE  
VACUNAS

GRUPO DE EXPERTOS  
DE LA OMS EN  
ASESORAMIENTO  
ESTRATÉGICO SOBRE  
INMUNIZACIÓN



## I RESUMEN

Al promediar el periodo de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas (PAMV) 2012-2020, el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (SAGE) continúa gravemente preocupado por la lentitud de los progresos hacia el logro de los objetivos de erradicación de la poliomielitis, eliminación del sarampión y la rubéola, eliminación del tétanos materno y neonatal y ampliación del acceso equitativo a vacunas vitales. A pesar de las mejoras en algunos países y de una sólida tasa mundial de introducción de nuevas vacunas, la cobertura de inmunización media mundial solo se incrementó el 1% desde 2010.

En 2015, 68 países no alcanzaron la meta consistente en proporcionar al menos el 90% de cobertura nacional con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. No solo eso; 26 países comunicaron que no había cambio alguno en los niveles de cobertura, y 25 países notificaron un descenso neto de la cobertura desde 2010. Cabe elogiar a los 16 países que lograron progresos mensurables desde 2010 por llevar la inmunización a más personas, especialmente miembros vulnerables y marginados de la sociedad. Algunos de esos países, que registran las cifras más elevadas de personas sin vacunar son los que mayores progresos han realizado, entre ellos Etiopía, la India y la República Democrática del Congo, países que, aunque no hayan alcanzado aún las metas de cobertura, van en la dirección correcta.

Los 111 países que entraron en el decenio con una alta cobertura de inmunización y la mantuvieron hasta 2015 ya tienen la mira puesta en objetivos más ambiciosos, vacunas adicionales y cobertura más equitativa. En esos países, los programas de inmunización pueden allanar el camino ampliando el acceso a otras intervenciones de salud pública y proporcionando una plataforma para la prestación de servicios de salud preventiva durante toda la vida. La investigación y el desarrollo de vacunas avanzan rápidamente, y un creciente número de nuevas vacunas en desarrollo pone de relieve la necesidad de crear sistemas de salud que puedan llegar de manera fiable a nuevos grupos etarios seleccionados.

Los miembros del SAGE creen firme y apasionadamente en el poder de la inmunización para proporcionar a las personas y sus familias un mejor comienzo en la vida y protegerlas contra una serie cada vez mayor de enfermedades debilitantes. La inmunización es uno de los instrumentos más eficaces y costoeficaces del mundo contra la amenaza de enfermedades nuevas, y tiene un poderoso efecto en el desarrollo socioeconómico. El SAGE reconoce el papel de la inmunización para asegurar la buena salud, y el papel de la buena salud en el logro del desarrollo sostenible; consiguientemente, ha abogado por la inclusión de indicadores de inmunización en la medición de los programas orientados a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los próximos cuatro años ofrecen oportunidades sin precedentes para que los países presten mayor atención y apoyo a la inmunización y la apliquen en beneficio de las personas en todas partes. Es preciso que todos los países y las partes interesadas en la esfera de la inmunización realicen denodados esfuerzos hacia la consecución de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas para 2020.

El SAGE formuló nueve recomendaciones que se describen al final del presente informe:

1. Demostrar mayor firmeza en el liderazgo y la gobernanza de los sistemas nacionales de inmunización
2. Dar prioridad al fortalecimiento del sistema de inmunización
3. Asegurar las inversiones necesarias para mantener la inmunización durante las transiciones de la poliomielitis y la Gavi
4. Mejorar la capacidad de vigilancia, así como la calidad y el uso de los datos
5. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas a los fines del seguimiento de la ejecución de planes de acción mundiales y regionales sobre vacunas
6. Alcanzar las metas de eliminación del tétanos materno y neonatal, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita
7. Eliminar obstáculos para posibilitar el suministro oportuno de vacunas asequibles en situaciones de crisis humanitarias
8. Promover la capacidad en materia de investigación y desarrollo de vacunas en los países de ingresos medianos bajos
9. Acelerar el desarrollo y la introducción de nuevas vacunas y tecnologías

# ÍNDICE

1.	PROGRESOS RELATIVOS A LOS INDICADORES	6
2.	PUNTO DE VISTA DEL SAGE	10
3.	PUNTOS FUERTES	12
4.	ÁREAS DE VULNERABILIDAD	14
5.	AMENAZAS PARA LOS PROGRESOS FUTUROS	18
6.	MOTIVO PARA LA ESPERANZA	19
7.	POR QUÉ LA INMUNIZACIÓN ES HOY MÁS IMPORTANTE QUE NUNCA	20
8.	RECOMENDACIONES DEL SAGE	21
	<b>ANEXO 1: MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL DECENIO DE LAS VACUNAS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE)</b>	<b>24</b>
	<b>ANEXO 2: MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE LA OMS EN ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE)</b>	<b>25</b>

# 1. PROGRESOS RELATIVOS A LOS INDICADORES

Actualmente, al promediar el periodo de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas (PAMV) 2012-2020, el SAGE observa que si bien se han conseguido progresos en algunos países, no se alcanzaron las metas de mitad de periodo relativas a la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del tétanos materno y neonatal, la eliminación del sarampión y la rubéola, y la cobertura de inmunización sistemática. La consecución de los objetivos del PAMV para 2020 exige la aceleración del ritmo actual de los progresos.

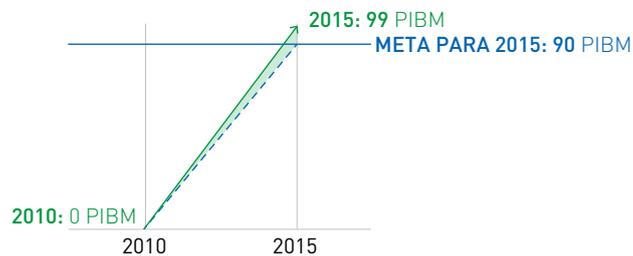
**La consecución de los objetivos del PAMV para 2020 exige la aceleración del ritmo actual de los progresos**

NO SE ALZANÓ NINGUNO DE LOS OBJETIVOS DEL PAMV PARA 2015, EXCEPTO EN UNA CATEGORÍA

## SOBREPASADO

### INTRODUCCIÓN DE VACUNAS:

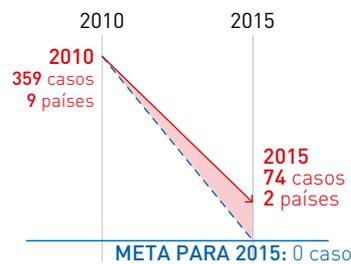
Número de países de ingresos bajos o medianos que han introducido una o más vacunas nuevas o subutilizadas desde 2010



## NO ALCANZADO

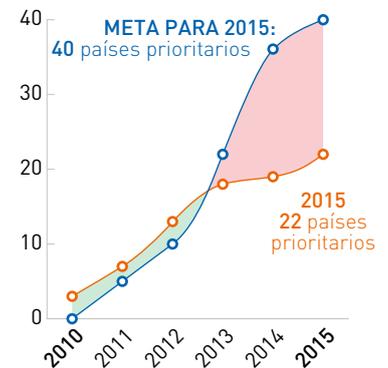
### POLIOMIELITIS

Número de nuevos casos de poliomielitis paralítica debida a poliovirus salvaje



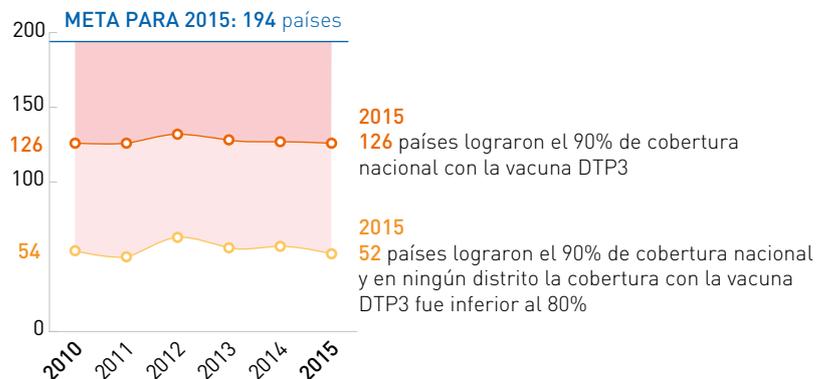
### ELIMINACIÓN DEL TÉTANOS MATERNO Y NEONATAL

Número de países en los que se certificó la eliminación



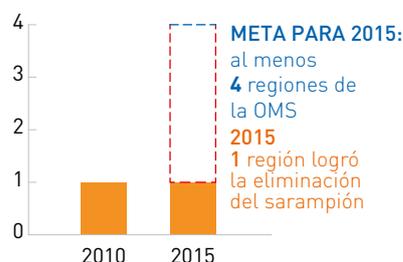
### COBERTURA Y EQUIDAD:

Número de países con cobertura nacional de vacunación del 90% en los que ningún distrito tiene una cobertura inferior al 80%



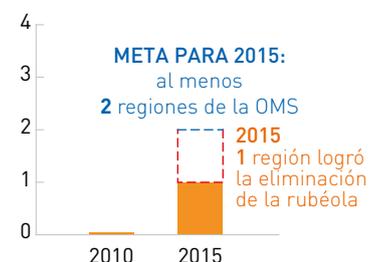
### SARAMPIÓN:

Número de regiones de la OMS que lograrán la eliminación del sarampión



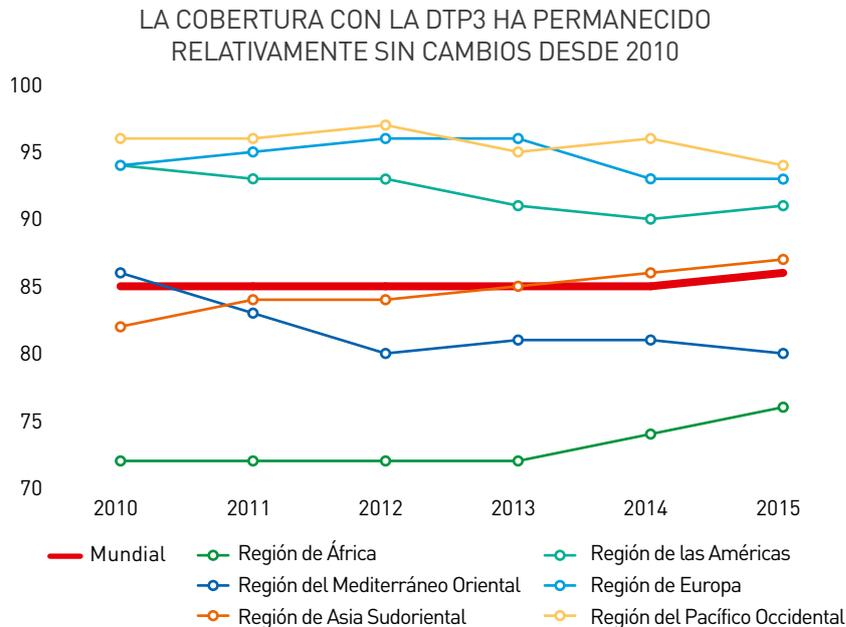
### RUBÉOLA:

Número de regiones de la OMS en las que se certificó la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita



## METAS RELATIVAS A COBERTURA DE INMUNIZACIÓN Y EQUIDAD

Desde 2010 solo se han conseguido pequeñas mejoras generales en el indicador que mide la cobertura vacunal y la equidad.<sup>1</sup> Si bien 126 Estados Miembros (65%) alcanzaron al menos el 90% de cobertura con la DTP3 en 2015, la mayoría ya había conseguido esa meta antes del inicio del decenio. Desde 2010, solo otros 15 países alcanzaron ese nivel de cobertura. Además, apenas 52 Estados Miembros (27%), de los 88 que disponen de datos válidos a nivel de distrito, han logrado las metas de equidad concernientes al nivel de cobertura nacional de  $\geq 90\%$  y cobertura de  $\geq 80\%$  en cada distrito.



**El cambio general en la cobertura media mundial con la DTP3 fue del 1% entre 2010 y 2015**

Fuente: Estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC) 2010-2015

De los 68 países<sup>2</sup> que aún no han alcanzado el nivel de cobertura nacional del 90% o superior, 16 países (8%) han realizado progresos, mientras que 25 países (13%) informan de un descenso neto de la cobertura desde 2010. Otros 26 países (13%) no han experimentado ningún cambio neto en la cobertura con la vacuna DTP3 desde 2010. Solo un país que comenzó el decenio con una cobertura superior al 80% informó de un aumento neto de la cobertura para 2015, lo que pone de manifiesto lo difícil que resulta aumentar la cobertura por encima del 80%. El cambio general en la cobertura media mundial con la vacuna DTP3 fue del 1% (de 85% a 86%) entre 2010 y 2015.

Entre los países que registran progresos, Etiopía, la India y la República Democrática del Congo no se tienen en cuenta, dado que están incluidos entre los 20 países con más personas sin vacunar, y sus esfuerzos por aumentar la cobertura están contribuyendo a superar el déficit de inmunización. Esos esfuerzos se deben intensificar con miras a reducir las desigualdades socioeconómicas y geográficas que aún persisten en cada uno de esos países.

Los países cuya cobertura se mantiene estancada o disminuye revelan algo muy diferente. Un pequeño subconjunto de países está luchando para proporcionar servicios de inmunización fiables en situaciones de inestabilidad política y emergencia. Siria, Sudán del Sur y el Yemen están entre esos países. La mayoría de los países con cobertura inferior al 90% no consiguen alcanzar las metas a pesar de tener entornos relativamente estables y predecibles. En estos casos influyen en gran medida factores tales como la deficiente infraestructura sanitaria, la gobernanza menos que óptima y una falta de integración que provoca la pérdida de oportunidades de inmunización.

<sup>1</sup> Este indicador revela el número de países que alcanzan el 90% de cobertura nacional con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), en los que todos los distritos alcanzan una cobertura superior o igual al 80%.

<sup>2</sup> Sudán del Sur se incorporó a la OMS en 2012, por lo que no se incluye en el análisis de tendencias 2010-2015.

## METAS EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES

Hay tres indicadores que permiten medir los progresos hacia los objetivos de eliminación y erradicación de enfermedades. En 2015 las tres metas se han incumplido. En 2016, la aparición de algunos casos de poliovirus salvaje en Nigeria supuso un retroceso decepcionante en lo que respecta a la erradicación de la poliomielitis, tras más de 24 meses en los que no se había notificado ningún caso en todo el continente africano. Desde 2011, el virus circuló sin ser detectado en una zona del país con acceso muy limitado a servicios de salud, lo que supone una fisura preocupante en el blindaje de la vigilancia de la poliomielitis. Se lograron progresos hacia la eliminación del tétanos materno y neonatal y, a ese respecto, desde 2010 se validaron 22 países, pero 18 países aún no han alcanzado ese objetivo. Esos progresos, aunque positivos, son lentos; es la tercera vez que se fija y no se cumple una meta mundial relativa a la eliminación del tétanos materno y neonatal.

La eliminación del sarampión y la rubéola también avanza a un ritmo más lento que el esperado. La incidencia mundial del sarampión disminuyó de 50 casos por millón en 2010, a 39,3 en 2015, o sea un 21%, una cifra sustancialmente más alta que la meta mundial de 2015 fijada en menos de cinco casos por millón de habitantes. Los brotes de sarampión se produjeron en numerosos países, debido a una cobertura de inmunización menos que óptima tanto en los servicios sistemáticos como en las campañas, así como a una mayor susceptibilidad en los grupos de más edad. Aunque se están notificando los brotes, la calidad de los datos pertinentes no siempre proporciona la información amplia necesaria para adoptar medidas correctivas. En lo concerniente al sarampión, la vigilancia sigue siendo deficiente en muchos países poco meticulosos en la presentación de informes, lo que limita la capacidad de los gestores nacionales para utilizar los datos a los fines de la adopción de decisiones programáticas y estratégicas. La lucha contra la rubéola está aún más rezagada, habida cuenta de que 45 Estados Miembros todavía no han introducido la vacuna, y dos regiones (África y Mediterráneo Oriental) aún no han establecido metas para la eliminación o el control de la rubéola. Una región (las Américas) eliminó con éxito la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y se verificó en 2015.

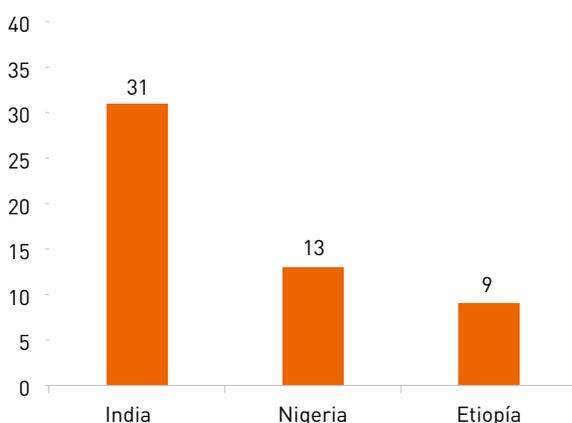
**Es la tercera vez que se fija y no se cumple una meta mundial relativa a la eliminación del tétanos materno y neonatal**

**El Comité Internacional de Expertos declaró la eliminación de la rubéola, del síndrome de rubéola congénita y del sarampión en la Región de las Américas en 2015 y 2016, respectivamente.**

**45 Estados Miembros todavía no han introducido la vacuna contra la rubéola**

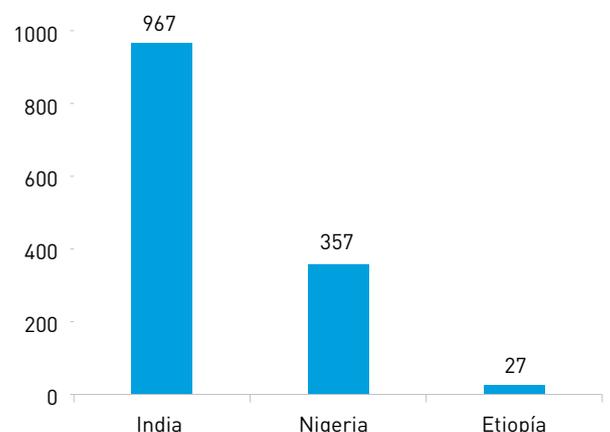
### LAS POSIBLES REPERCUSIONES DE LA REDUCCIÓN DE RECURSOS CONTRA LA POLIOMIELITIS EN LOS TRES PAÍSES CON LA MÁS ALTA CARGA DE MORBILIDAD POR SARAMPIÓN SON DRAMÁTICAS

Proporción (%) de mortalidad mundial por sarampión



OMS, Estimaciones del Departamento de pruebas científicas, información e investigación sobre causas de defunción infantil, 2000-2015 (actualizadas el 5 de febrero de 2016).

Número actual de personal equivalente a jornada completa financiado con recursos de la lucha contra la poliomielitis que trabajan en las esferas del sarampión y la rubéola en los países con las mayores tasas de mortalidad por sarampión\*



Fuente: Estudio realizado por el Boston Consulting Group en Afganistán, Angola, Chad, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Somalia y Sudán del Sur para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, 2015.

\* El número actual de personal equivalente a jornada completa se calcula utilizando el porcentaje de tiempo dedicado al sarampión y la rubéola por el número total de profesionales financiados para la poliomielitis.

## INTRODUCCIÓN DE NUEVAS VACUNAS

Desde 2010, 99 países de ingresos bajos y medianos (73%) introdujeron al menos una vacuna nueva y subutilizada (excluida la vacuna antipoliomielítica inactivada) en sus programas nacionales de inmunización, y la mantuvieron en uso al menos durante 12 meses, lo que supuso un total de 160 introducciones de vacunas. La Alianza Gavi para las Vacunas prestó asistencia a 64 de esos países. De los 99 países que introdujeron al menos una vacuna, 47 introdujeron y mantuvieron más de una, incluidos 14 países de ingresos medianos altos, 19 países de ingresos medianos bajos y 14 países de bajos ingresos.

**Desde 2010 se realizaron 160 introducciones de vacuna en 99 países**

---

## INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Cada dos años, el SAGE examina los progresos relativos a los objetivos de investigación y desarrollo. Esos objetivos incluyen la autorización y la introducción de una vacuna contra una o más enfermedades importantes actualmente no prevenibles mediante vacuna, y la autorización e introducción de al menos una tecnología para la plataforma de distribución.

En julio de 2015, la primera vacuna contra el paludismo evaluada por un organismo de reglamentación mereció una opinión positiva por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Esta medida es un requisito previo para una recomendación normativa de la OMS, así como para la autorización del uso de la vacuna en los programas nacionales de inmunización. En numerosos países se ha autorizado una vacuna contra el dengue, y al menos otras dos vacunas candidatas están en la fase III de ensayos, mientras algunas otras están en etapas iniciales de desarrollo clínico. En noviembre de 2016 comenzará en Sudáfrica la inscripción para la fase III de un ensayo clínico con una vacuna contra el VIH en adultos.

El desarrollo de vacunas contra la tuberculosis se ha revelado extremadamente difícil, dado que no existe correlación de protección para orientar el diseño de la vacuna. No obstante, los diseños de ensayos innovadores, los nuevos modelos animales, un nuevo consorcio de modelos humanos y la incorporación de enfoques y tecnologías inmunológicos novedosos, por ejemplo, las minirredes de parches, han insuflado nueva vida a la investigación y el desarrollo de vacunas contra la tuberculosis y han ampliado el ámbito de su preparación.

Algunas vacunas candidatas contra otras enfermedades prioritarias están pasando por fases de desarrollo preclínico y clínico, entre ellas la vacuna antigripal universal y las vacunas para inmunización materna, por ejemplo, contra el virus sincitial respiratorio, el estreptococo de grupo B, la anatoxina tetánica y la tos ferina.

En respuesta a la amenaza planteada por nuevos patógenos, la OMS ha elaborado un programa destinado a orientar una respuesta de investigación y desarrollo ante emergencias. La sección sobre vacunas se basó en las enseñanzas adquiridas durante el desarrollo de la vacuna contra el ebola. La aplicación de ese programa al desarrollo de la vacuna contra el Zika permitió que la investigación y el desarrollo avanzaran a un ritmo sin precedentes.

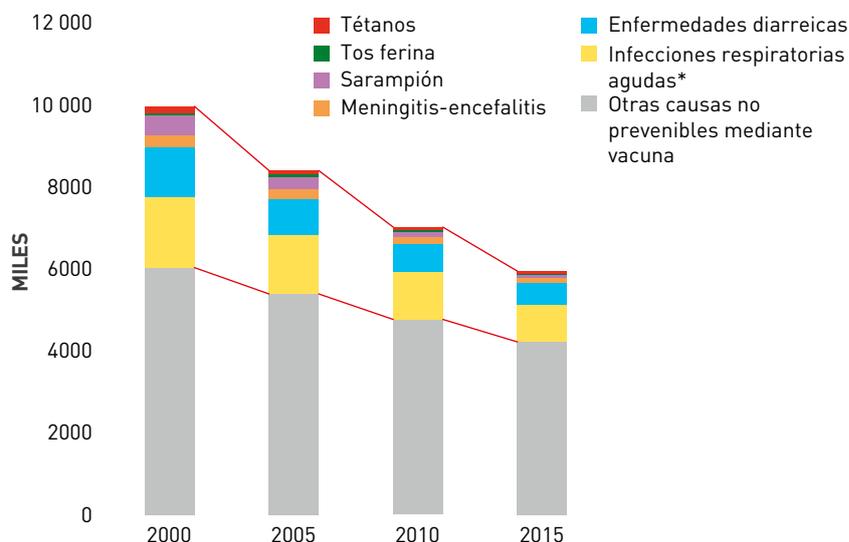
**Un nuevo programa que orienta las respuestas de investigación y desarrollo ante emergencias ha posibilitado que el desarrollo de una vacuna contra el Zika avance a un ritmo sin precedente**

---

## 2. PUNTO DE VISTA DEL SAGE

Un aspecto destacado a mitad de la ejecución del PAMV es la tasa de introducción de nuevas vacunas en países de ingresos medianos bajos, y los efectos que ello sugiere en relación con la mortalidad y morbilidad de niños menores de cinco años. Aunque no hay estudios de modelización que permitan cuantificar la disminución de la mortalidad de niños menores de cinco años atribuible a las vacunas, el marcado descenso de la mortalidad y morbilidad por neumonía y diarrea medido en algunos países tras la introducción de las vacunas antineumocócicas y antirrotavíricas, respectivamente, sugieren una contribución importante. Mientras se pueda seguir ampliando la introducción de nuevas vacunas en más países en los que persisten elevadas tasas de defunción por neumonía y diarrea, la cobertura elevada y equitativa con esas vacunas seguirá siendo una estrategia decisiva por sus efectos en la salud pública.

LAS VACUNAS HAN CONTRIBUIDO SUSTANCIALMENTE A REDUCIR LA MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN TODO EL MUNDO DESDE 2000



Fuente: OMS, Estimaciones del Departamento de pruebas científicas, información e investigación sobre causas de defunción infantil, 2000-2015 (actualizadas el 5 de febrero de 2016).

\* Nota: la reducción de la mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunas tiene en cuenta los efectos de otras intervenciones. No todas las enfermedades diarreicas o las infecciones respiratorias agudas son prevenibles mediante vacunas.

Por otra parte, el SAGE observa con satisfacción los sustanciales progresos relativos a la investigación y el desarrollo de vacunas, especialmente en lo que atañe a las vacunas contra el VIH, el paludismo, el dengue y la tuberculosis.

Los rápidos progresos realizados en investigación y desarrollo de vacunas desde 2010 ponen de relieve la urgente necesidad de ampliar la capacidad para realizar ensayos clínicos en los países de ingresos medianos bajos, fortalecer las capacidades de los organismos nacionales de reglamentación para evaluar y autorizar vacunas y tecnologías, e iniciar en una etapa mucho más temprana del proceso la investigación sobre la aplicación de vacunas y tecnologías para las plataformas de distribución.

**La cobertura elevada y equitativa con esas vacunas seguirá siendo una estrategia decisiva por sus efectos en la salud pública**

**Los rápidos progresos realizados en investigación y desarrollo ponen de relieve la urgente necesidad de ampliar la capacidad para realizar ensayos clínicos, fortalecer las capacidades de los organismos nacionales de reglamentación, e iniciar en una etapa mucho más temprana del proceso la investigación sobre la aplicación**

## PRINCIPALES PREOCUPACIONES

Ahora bien, las buenas noticias relacionadas con vacunas nuevas y futuras se ven ensombrecidas por los lentos progresos mundiales hacia el logro de otras metas del PAMV. Aún quedan en el mundo 19 millones de niños no vacunados o insuficientemente vacunados, que representan a los miembros menos favorecidos de la sociedad: los que huyen de los desastres, los marginados, los desposeídos o simplemente los que pasan desapercibidos. Cada día que pasa con esas poblaciones excluidas de los beneficios de la inmunización representa una oportunidad perdida para desarrollar comunidades más sólidas y sanas.

Las metas y los objetivos que no se alcanzan una y otra vez dan lugar a campañas más prolongadas y costosas que en última instancia ponen en entredicho el optimismo mundial respecto de esos esfuerzos y menoscaban la demanda comunitaria de servicios de inmunización. La financiación insuficiente de las iniciativas orientadas al control de enfermedades, especialmente en los países que no integran la Gavi, ha obstaculizado las actividades destinadas a introducir la vacuna contra la rubéola, realizar campañas de alta calidad contra el sarampión entre grupos de personas mayores, y asumir el compromiso de alcanzar los objetivos nacionales y regionales de eliminación. En muchos países, la baja calidad de las campañas no ha permitido limitar suficientemente la propagación de enfermedades infecciosas, lo que da lugar a brotes cuya gestión requiere el uso de recursos que se podrían aprovechar mejor en servicios de inmunización sistemática.

En última instancia, un programa de inmunización que no consigue prestar servicios a la mayoría de la población denota la debilidad del sistema de salud, de un sistema que es menos resiliente ante situaciones de emergencia y ante la amenaza muy real que supone la introducción en todo el mundo de nuevos organismos patógenos, entre ellos los virus del Ebola, la fiebre amarilla y el Zika.

Al promediar la ejecución del PAMV, el SAGE se muestra preocupado por el hecho de que más países han dejado pasar la oportunidad para fortalecer los programas de inmunización y aprovechar la energía y el entusiasmo mundiales que parecen ser crecientes en relación con las vacunas. Los países deben coordinar más sus actividades y redoblar esfuerzos por alcanzar los objetivos del PAMV para 2020, y aquellos que los han alcanzado o que progresan hacia el logro de los objetivos del PAMV deben trabajar para mantener esos esfuerzos a lo largo del tiempo.

**El ritmo actual de los progresos mundiales hacia el logro de las metas del PAMV es demasiado lento**

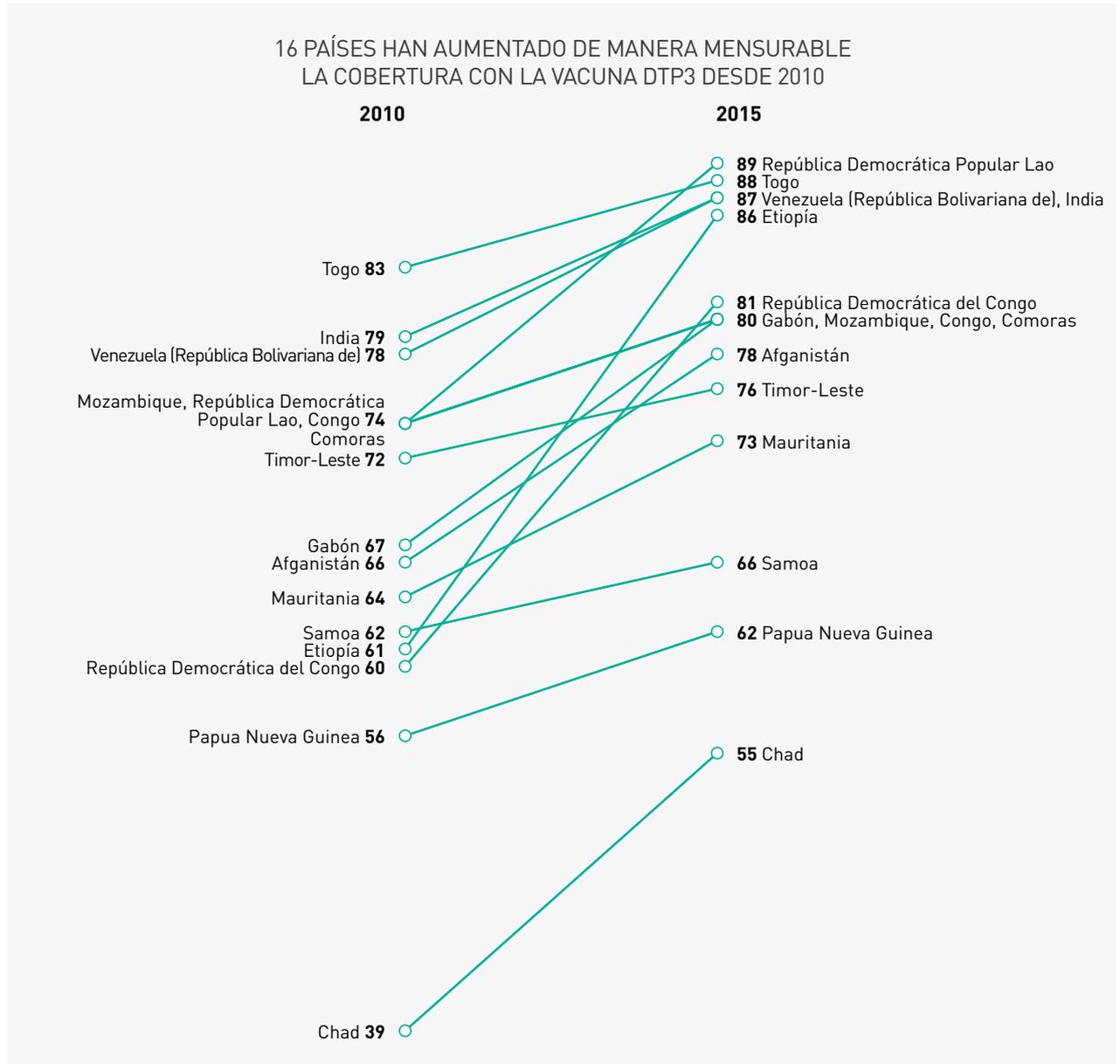
---

**Los programas de inmunización débiles son menos resilientes ante situaciones de emergencia y están menos preparados para hacer frente a la introducción de nuevos organismos patógenos y recuperarse de esa situación**

---

### 3. PUNTOS FUERTES

Una mirada más profunda a los países que mejoraron la cobertura de inmunización desde 2010 confirma lo que ya se sabe respecto de lo que entraña el mejoramiento del desempeño de los programas de inmunización.



Fuente: Estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC) 2010-2015

**Liderazgo.** Existen algunos ejemplos extraordinarios de la manera en que el liderazgo valiente y comprometido puede mejorar los resultados de la inmunización. Más de 116 Estados Miembros han establecido Comités Asesores de Prácticas de Inmunización con el fin de orientar la adopción de decisiones sobre la introducción de vacunas, los calendarios y las políticas de inmunización. Uganda y Nepal están entre los primeros países que en sus respectivas regiones promulgaron leyes sobre inmunización para introducir la vacunación y establecer un mecanismo por el cual los donantes, los particulares y las entidades del sector privado pudiesen contribuir a un fondo nacional de inmunización. Los dirigentes electos en la República Democrática del Congo han constituido una red parlamentaria con miras a recaudar fondos y supervisar los desembolsos y las actividades que el Gobierno prometió realizar. Por el momento, Uganda no ha mejorado la cobertura

nacional desde 2010, pero en Nepal la cobertura aumentó del 82% al 91% y en la República Democrática del Congo del 60% al 81% desde 2010.

**Inversión en sistemas de salud.** El liderazgo se ha demostrado también en forma de inversiones razonables en los sistemas de salud y en personal sanitario. Recientemente, Etiopía construyó 16 000 nuevos dispensarios de salud; adquirió 2000 frigoríficos solares sin batería para instalaciones que carecen de acceso a la electricidad; capacitó un nuevo cuadro de agentes de extensión sanitaria; y estableció un «ejército» de desarrollo sanitario de tres millones de voluntarios a fin de facilitar el acceso a la inmunización en todo el país. Desde 2010, cuando esas inversiones se realizaron por primera vez, la cobertura de inmunización en Etiopía trepó del 61% al 86%. Del mismo modo, la India realizó nuevas inversiones en los sistemas de salud; reemplazó y reparó equipo de cadena de frío; capacitó a miles de activistas de salud social acreditados; y utilizó la microplanificación en apoyo de la inmunización. Esto, junto a la intensificación de los servicios mediante campañas de promoción permitió que la cobertura vacunal con la DTP3 ascendiera del 79% al 87%, lo que significa que en 2015 recibieron servicios de inmunización dos millones más de niños que en 2010. El SAGE observará con interés esos progresos para verificar si son sostenibles a lo largo del tiempo.

**Dedicación del personal.** El trabajo cotidiano realizado para prestar servicios de inmunización fiables puede ser difícil en entornos de escasos recursos. El personal de inmunización y técnico afronta innumerables frustraciones y obstáculos que superan con tenacidad en un entorno a veces ingrato, de tensión y expectativas elevadas. Con demasiada frecuencia, el personal sanitario no está bien remunerado o debe esperar meses por su sueldo, y el peso del programa de inmunización se carga sobre sus hombros. Elogiamos a las organizaciones de la sociedad civil, al personal de los organismos, los voluntarios y, en particular, a los agentes de salud comunitarios que arriesgan sus vidas en Estados frágiles y zonas de conflicto, por ejemplo, en Siria, Sudán del Sur y el Yemen, para prestar servicios de inmunización a las comunidades que viven en esas zonas. Por ejemplo, en 2015, gracias a esas personas se inmunizó en Siria a no menos del 41% de la población.

**Intervenciones conocidas.** Gracias a la experiencia acumulada a lo largo de tres decenios, el personal de inmunización en todos los niveles ha desarrollado un arsenal de instrumentos y estrategias para lograr un alto desempeño casi en cualquier entorno. Por ejemplo, la aplicación de la estrategia «Llegar a todas las comunidades», en 22 distritos del Chad, se vio recompensada dado que los denodados esfuerzos realizados permitieron aumentar la cobertura del 39% al 55%. En Nigeria los progresos también fueron notables, especialmente en vista de la magnitud y complejidad del país. El respaldo del Gobierno y los asociados al programa de inmunización ha aumentado, y la respuesta a los recientes casos de poliomielitis ha sido rápida. En los últimos años se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la atención primaria de salud, lo que permitió aumentar la cobertura del 49% al 56% desde 2014. Aunque la tendencia señala la dirección correcta, es preciso redoblar esos esfuerzos para superar la brecha entre la cobertura actual y la deseada.

**Rendición de cuentas.** Los compromisos mundiales, regionales y nacionales respecto de los planes, presupuestos y actividades de inmunización son solo promesas vacías si nadie es responsable de su cumplimiento. A escala mundial, el PAMV ha sido un mecanismo positivo para que los Estados Miembros de la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y otros asociados mundiales del ámbito de la inmunización mantengan su compromiso y reaccionen cuando los progresos sean insuficientes. La reciente Conferencia Ministerial sobre Inmunización en África, a la que asistieron Ministros de Salud de 70 Estados Miembros de las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental, es un buen ejemplo de fortalecimiento de los planes de acción regionales sobre vacunas con el fin de responsabilizar a los Ministros de Salud por la supervisión de los progresos respecto de un conjunto de indicadores acordados. En algunos países se han adoptado mecanismos nacionales de rendición de cuentas y, en ese contexto, se ha recurrido a organizaciones de la sociedad civil, marcos jurídicos y grupos nacionales de asesoramiento técnico en materia de inmunización para supervisar la ejecución de planes de inmunización y realizar el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas.

**Las inversiones en el sistema de salud de Etiopía han contribuido a ampliar la cobertura, del 61% en 2010, al 86% en 2015**

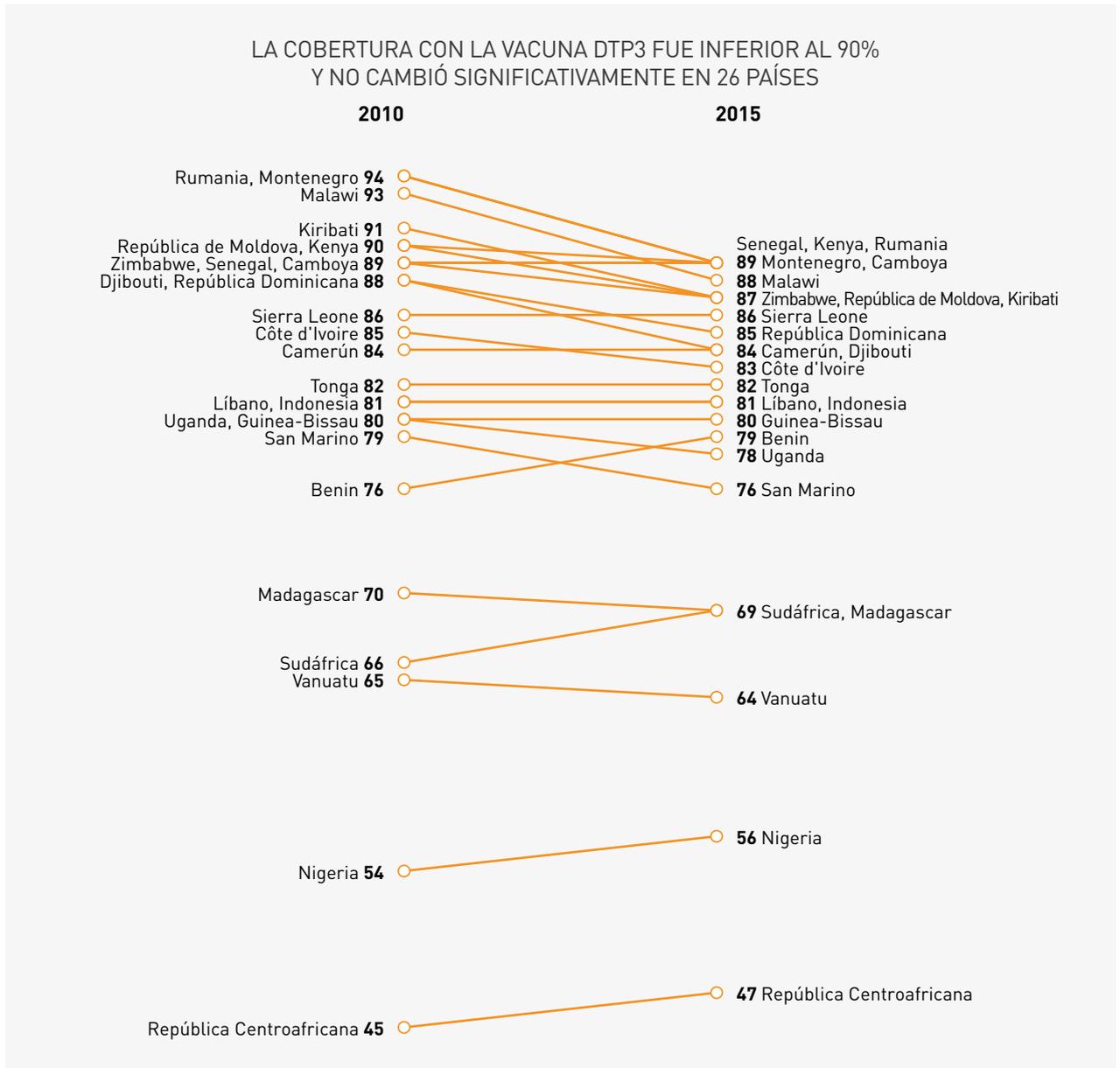
---

**Elogiamos a las organizaciones de la sociedad civil, al personal de los organismos, los voluntarios y, en particular, a los agentes de salud comunitarios que arriesgan sus vidas en Estados frágiles y zonas de conflicto para prestar servicios de inmunización**

---

## I 4. ÁREAS DE VULNERABILIDAD

Si bien cada país es único, existen algunos factores comunes que impiden los progresos y limitan la calidad y los resultados de los programas de inmunización.



Fuente: Estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC) 2010-2015

**Compromiso insuficiente.** El elemento más común y corrosivo presente en los países con cobertura estancaba o decreciente es la falta general de interés y compromiso con respecto a la inmunización en todos los niveles. En los países con un nivel insuficiente de compromiso o un liderazgo apático, los programas de inmunización se ven afectados por la falta de fondos suficientes y/o fiables, la inadecuada capacidad de los recursos humanos y la baja motivación para hacer frente a obstáculos crónicos que dificultan el desempeño. Si bien la asequibilidad de las vacunas sigue siendo una preocupación legítima para un subgrupo de países, ello no siempre justifica la falta de inversión nacional en los programas de inmunización. La inversión nacional en servicios de inmunización debe aumentar más aún, especialmente en los países que ya no reciben apoyo de la Gavi. Esta inversión merece la pena y reporta amplios beneficios que se traducen en menores gastos de atención de salud a largo plazo y mayor

**La inversión nacional en servicios de inmunización debe aumentar más aún, especialmente en los países que ya no reciben el apoyo de la Gavi.**

proporción de la población capaz de contribuir a la vitalidad de la comunidad y la viabilidad económica. El mejoramiento de la cobertura con las vacunas incluidas actualmente en el calendario es la estrategia económicamente más razonable de que disponen los países para asegurar que las vacunas nuevas y más costosas que se introduzcan en el futuro tengan un efecto poderoso en la salud y la economía.

**Inaccesibilidad y vigilancia deficiente.** La inaccesibilidad física o política es otro obstáculo a los programas de inmunización. Si una comunidad careciera de acceso por falta de confianza, de carreteras o de insumos, esos focos de población no inmunizada deberían ser motivo de preocupación para los países. La vigilancia es especialmente importante en esas zonas, dado que las enfermedades pueden circular y propagarse a otras zonas. La reciente reaparición de la poliomielitis en Nigeria es un ejemplo aleccionador de lo que puede ocurrir cuando los sistemas de inmunización y vigilancia no llegan a las poblaciones.

**Gobernanza ineficiente.** En algunos países, la ineficiente supervisión gubernamental ha dado lugar a un oneroso menoscabo de los resultados de la inmunización. En unos pocos países, las cuestiones concernientes a adquisiciones se tradujeron en una escasez tan persistente que las familias ya no buscaban ni esperaban servicios de inmunización por parte de sus centros de salud locales. No sorprende que estos problemas desalienten al personal sanitario y menoscaben la calidad de los servicios. Algunos países con sistemas de salud descentralizados han experimentado durante cinco o más años una prolongada confusión respecto de las funciones y responsabilidades en el marco del programa de inmunización, debido a mecanismos de rendición de cuentas y supervisión inadecuados, tanto a escala nacional como de distrito. Cuando esto sucede, la financiación de la inmunización en los distritos puede variar ampliamente, y la transparencia en cuanto a la distribución de recursos es casi nula, lo que imposibilita el mejoramiento de la inmunización en los distritos.

**Cultura de datos obsoletos.** Cada año, desde que se elaboran informes de evaluación del PAMV, el SAGE ha planteado el problema que supone la mala calidad de los datos. La falta de datos fiables y la no utilización de los datos en los procesos decisorios de todos los niveles gubernamentales son deficiencias generalizadas y preocupantes. Pocos países disponen de un método de recopilación de datos del sector privado sobre inmunización. Análogamente, pocos países tienen la capacidad para analizar datos de forma tal que permita localizar enclaves no inmunizados. Incluso los datos sobre cobertura pueden variar ampliamente entre diferentes informes y estudios administrativos, y por lo tanto es muy difícil saber lo bien o mal que funcionan los programas y cuál debería ser la próxima prioridad. Por ejemplo, en México, después de mejorar la exactitud de los datos sobre inmunización recopilados, el país notificó niveles de cobertura de casi 10 puntos porcentuales por debajo del año precedente. El SAGE elogia al Gobierno de México por su labor, que le ha permitido dar visibilidad en el sistema de salud a poblaciones insuficientemente inmunizadas y no inmunizadas. A medida que los países alcancen niveles más altos de cobertura, será preciso que sus datos se vuelvan más detallados y específicos. Los datos relativos a la cobertura a nivel de distrito se solicitan actualmente en los formularios conjuntos OMS/UNICEF para la notificación de datos sobre inmunización, pero la disponibilidad y la calidad de esos datos siguen siendo deficientes.

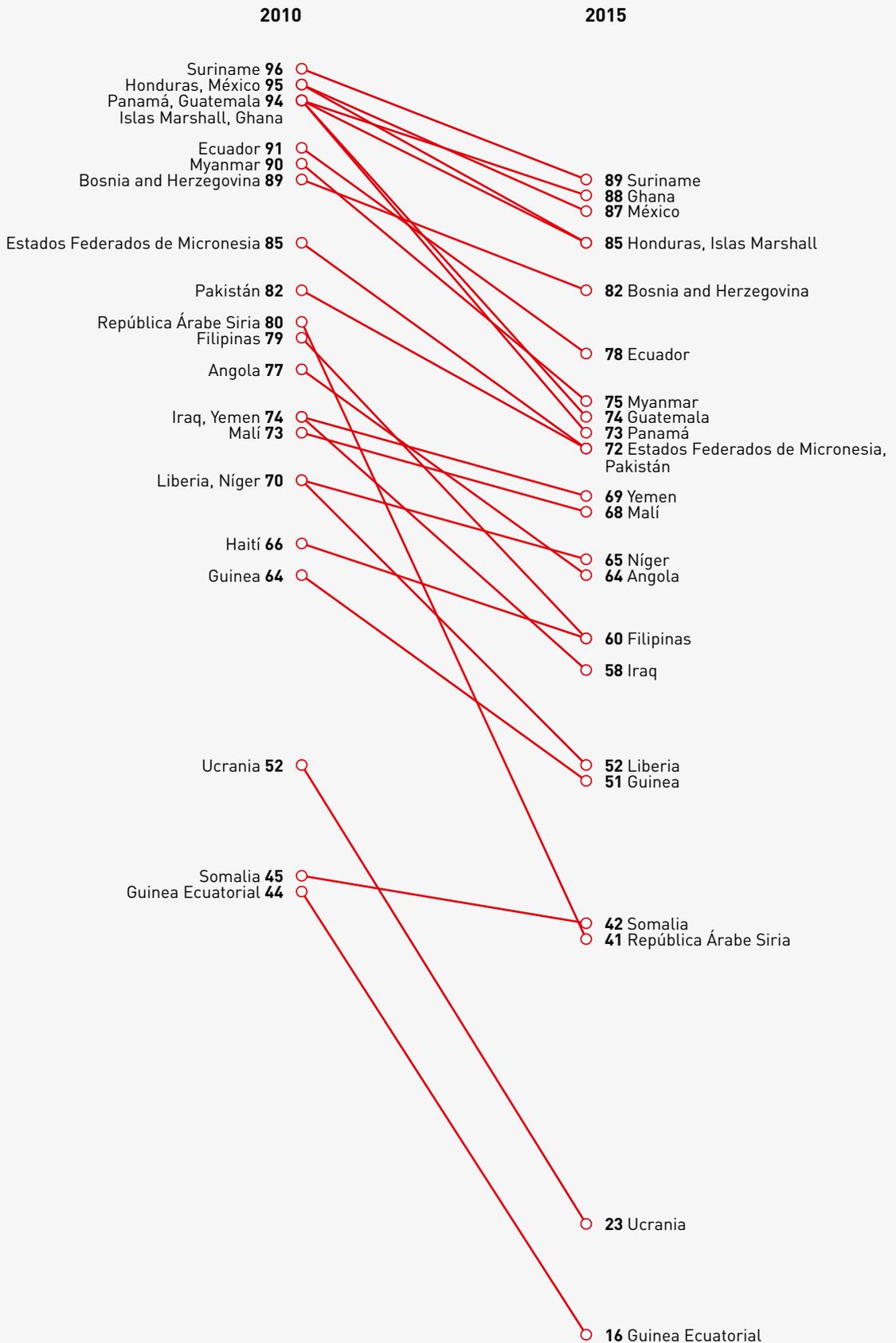
**Desconexión.** Hay una persistente desconexión entre la inmunización y el programa general del sistema de salud. Las partes interesadas en la inmunización están insuficientemente representadas en las deliberaciones sobre la cobertura sanitaria universal, por lo que las prioridades de inmunización se pasan por alto y se pierden oportunidades para promover la inmunización, mientras se benefician otros programas sanitarios. También hay una desconexión entre los organismos mundiales, regionales y nacionales, lo que dificulta la comunicación de las necesidades y la armonización respecto de los resultados que se persiguen. A pesar de una recomendación a los Comités Regionales para que supervisen la ejecución de los planes de acción regionales sobre vacunas, parece que muy pocos de esos Comités hacen un seguimiento de los progresos y exigen responsabilidades a los países. En muchos sectores de los ámbitos nacionales persiste una sorprendente falta de sensibilización con respecto al PAMV. Las áreas de desconexión se traducen en importantes oportunidades perdidas para una mejor colaboración y sinergia en la esfera de la inmunización y a través de disciplinas sanitarias.

Algunos países con sistemas de salud descentralizados han experimentado durante cinco o más años una prolongada confusión respecto de las funciones y responsabilidades en el marco del programa de inmunización

A medida que los países alcancen niveles más altos de cobertura, será preciso que sus datos se vuelvan más detallados y específicos.

Hay una persistente desconexión entre la inmunización y el programa general del sistema de salud

### DISMINUCIÓN DE LA COBERTURA CON LA VACUNA DTP3 ENTRE 2010 Y 2015 EN 25 PAÍSES



Fuente: Estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC) 2010-2015

**Conflictos y emergencias.** Los conflictos y las emergencias siguen siendo una preocupación, no solo para las comunidades que viven en zonas frágiles, sino también para las regiones afectadas por grandes flujos de migrantes y refugiados. De momento se pide a los países anfitriones que ubiquen, enumeren y vacunen a las grandes poblaciones que atraviesan la zona o se reasientan permanentemente en ella. Si bien algunos países están realizando valientes esfuerzos por gestionar ese flujo, otros se ven rápidamente sobrepasados por el aumento de la carga y los costos.

**Brotes.** Perturbadores y costosos brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación van agotando los recursos destinados a inmunización y ponen de relieve las ineficiencias de los servicios de inmunización, tanto sistemática como suplementaria. En 2015, se produjeron en África amplios brotes de fiebre amarilla, sarampión y cólera, que plantearon importantes retos para los programas de inmunización de los países afectados. Será crucial aprender a gestionar brotes y mantener simultáneamente los servicios de inmunización, a fin de desarrollar sistemas de salud más resilientes que puedan soportar las presiones de los brotes y las enfermedades emergentes.

**De momento se pide a los países anfitriones que ubiquen, enumeren y vacunen a las grandes poblaciones que atraviesan la zona o se reasientan permanentemente en ella**

---

## 5. AMENAZAS PARA LOS PROGRESOS FUTUROS

De cara a los próximos cuatro años existen algunas cuestiones principales que plantean una amenaza real a nuestra capacidad para alcanzar los objetivos del PAMV y proteger más vidas mediante la inmunización.

**Transiciones.** Está en curso la planificación de la transición de la poliomielitis y la Gavi, y los planificadores están afrontando las consecuencias, especialmente para mantener la cobertura de inmunización e introducir futuras vacunas. El personal y los recursos dedicados a la poliomielitis suelen prestar su apoyo a la planificación de la introducción de nuevas vacunas, las actividades de vigilancia, los servicios de inmunización sistemática y la respuesta a los brotes. En la República Democrática del Congo, por ejemplo, el personal dedicado a la poliomielitis fue crucial en la rápida respuesta del país a un reciente brote de fiebre amarilla. En Nigeria también se recurrió a personal dedicado a la poliomielitis para contener la propagación del ebola. Nigeria ha iniciado el proceso de la transición de la Gavi en un momento en que la cobertura de inmunización es todavía débil. Dado que se han introducido muy pocas vacunas nuevas y subutilizadas, ese país se encuentra en una posición difícil para lograr los objetivos del PAMV sin apoyo adición de la Gavi.

**Sin el personal, equipo y sistemas de vigilancia dedicados a la poliomielitis y de la Gavi, financiados para la lucha contra la poliomielitis, los programas de inmunización padecerán graves carencias de recursos humanos y otros activos, lo que obstaculizaría enormemente los progresos hacia el logro de los objetivos del PAMV y su sostenibilidad**

EL PERSONAL DEL ÁMBITO DE LA POLIOMIELITIS DEDICA MÁS DE LA MITAD DE SU TIEMPO A PRESTAR APOYO A OTROS SERVICIOS DE INMUNIZACIÓN Y DE SALUD



Fuente: Estudio realizado por el Boston Consulting Group en Afganistán, Angola, Chad, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Somalia y Sudán del Sur para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, 2015.

## I 6. MOTIVO PARA LA ESPERANZA

A pesar de las legítimas preocupaciones, el SAGE percibe muchos motivos para confiar en que la inmunización sea la piedra angular de los programas de salud en todo el mundo durante los próximos decenios.

**Final de la poliomielitis.** El mundo está a punto de erradicar la poliomielitis y puede conseguirlo mediante la aplicación de medidas de eficacia probada y la perseverancia en el enfoque. La erradicación de la poliomielitis es la confirmación de que la comunidad mundial puede unirse para alcanzar un objetivo común. El paso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente en todo el mundo se logró en dos semanas, y ello, junto con la eficaz introducción progresiva de la vacuna antipoliomielítica inactivada, demuestra el poder de la voluntad política y la fuerza de la buena gobernanza. Si esto se puede hacer incluso en países cuyos sistemas son débiles, del mismo modo puede mejorarse también la cobertura de inmunización.

**Logros ejemplares.** Algunos países están experimentando el poder de la inmunización y cosechando sus frutos. Nos muestran que el logro de los objetivos del PAMV es posible y que los resultados justifican la inversión y el compromiso. Entre 2010 y 2015, 17 países mejoraron la cobertura en más del 10%, especialmente países de población numerosa tales como Etiopía, la India y la República Democrática del Congo. Otros, por ejemplo, México y Uganda, asumieron los riesgos de cambiar sus sistemas y mejorar los resultados, si bien los beneficios aún están por llegar. Sus experiencias ofrecen enseñanzas, ideas nuevas y estrategias de eficiencia demostrada para mejorar el desempeño en diferentes entornos.

**Rendimiento de la inversión.** Como se informó en un reciente artículo de *Health Affairs*, la inmunización con diez antígenos comunes arroja un beneficio neto de 16:1 sobre la inversión en países de ingresos medianos bajos durante el Decenio de las Vacunas (2011-2020).<sup>3</sup> Si se considera el valor que otorgan las personas a una vida más larga y sana, el beneficio casi se triplica. Muy pocas intervenciones sanitarias son tan eficaces para minimizar los efectos de la mortalidad y morbilidad y asegurar la buena salud y el bienestar para las familias en todas partes.

**Efecto multiplicador.** La inmunización es un elemento crucial del sistema de salud; sin ella, la cobertura sanitaria universal no puede materializarse. Suele ser el primer contacto del niño con el sistema de salud y una plataforma potencial para la prestación de servicios de prevención integrados, desde la infancia hasta la edad adulta. Recientemente, el SAGE recomendó la utilización del índice de cobertura compuesto<sup>4</sup> para medir el grado de integración de los servicios de salud. Este indicador se utilizará para identificar oportunidades perdidas en cuatro plataformas de los servicios de salud: inmunización, planificación familiar, atención de la madre y el recién nacido, y gestión de casos de niños enfermos. El indicador revela que la inmunización es una plataforma subutilizada que se puede promover para prestar otros servicios de salud cruciales a lo largo de toda la vida.

**Abrir nuevas posibilidades.** Los esfuerzos de investigación y desarrollo están acelerando el descubrimiento y los ensayos de una cartera ampliada de vacunas candidatas contra el paludismo, el VIH, la tuberculosis, la gripe y el virus sincitial respiratorio, entre otras. También se están desarrollando tecnologías para activar la plataforma, y de ese modo facilitar el almacenamiento, el transporte y la administración de vacunas en condiciones de seguridad. Esas tecnologías, ensayadas, aprobadas y desplegadas en gran escala tendrán un poderoso efecto en la salud y el bienestar de todo el mundo.

Algunos países están experimentando el poder de la inmunización y cosechando sus frutos. Nos muestran que el logro de los objetivos del PAMV es posible y que los resultados justifican la inversión y el compromiso

La inmunización es una plataforma subutilizada que se puede promover para prestar otros servicios de salud cruciales a lo largo de toda la vida

<sup>3</sup> Ozawa S, et al. Return on Investment from Childhood Immunization in Low- and Middle-Income Countries, 2011-2020. *Health Affairs* 35: 199-207, Núm. 2, febrero de 2016. Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1086>.

<sup>4</sup> Composite Coverage Index: <http://www.countdown2015mnc.org/about-countdown/countdown-data>.

## 7. POR QUÉ LA INMUNIZACIÓN ES HOY MÁS IMPORTANTE QUE NUNCA

**Personas.** La inmunización ha demostrado su potencial para mejorar la salud y el bienestar de las personas y las unidades familiares en todas sus formas. En la actualidad, las vacunas están disponibles a lo largo de todo el ciclo de vida y protegen contra algunas de las causas más comunes de defunción de niños menores de cinco años, así como contra enfermedades que se contraen posteriormente en la vida, entre ellas dos tipos de cáncer (hígado y cervicouterino).

**Comunidades.** Dado que las poblaciones se vuelven cada vez más urbanas y que los conflictos y las emergencias provocan grandes migraciones de población, los programas de inmunización con cobertura elevada y equitativa tienen un enorme potencial para proteger a las personas más vulnerables del mundo contra enfermedades, discapacidad y muerte.

**Sistemas de salud.** La inmunización es un componente central de la cobertura sanitaria universal. Proporciona una base de infraestructura, personal, sistemas e instrumentos que pueden ampliar el alcance de todos los servicios de prevención. En un momento en que los sistemas de salud están sometidos a presiones es preciso buscar activamente oportunidades para integrar los servicios de inmunización. La inmunización es una estrategia fundamental para alcanzar otros objetivos sanitarios prioritarios destinados a controlar la hepatitis vírica, frenar la resistencia a los antimicrobianos, proporcionar una plataforma para la salud de los adolescentes y mejorar la atención prenatal y del recién nacido.

**Seguridad sanitaria.** Ahora más que nunca necesitamos sistemas de salud resilientes y capaces de hacer frente al surgimiento (e incluso facilitar el control) de enfermedades nuevas, brotes y otras amenazas para la seguridad sanitaria. Los sistemas de inmunización sólidos y resilientes se pueden utilizar para gestionar amenazas a la seguridad sanitaria y se pueden recuperar más fácilmente de los efectos de tales amenazas.

**Desarrollo sostenible.** La inmunización es un propulsor esencial del desarrollo sostenible, y permite fomentar otras prioridades de desarrollo tales como la educación y el desarrollo económico.

**La inmunización es una estrategia fundamental para alcanzar otros objetivos sanitarios prioritarios tales como controlar la hepatitis vírica, frenar la resistencia a los antimicrobianos, proporcionar una plataforma para la salud de los adolescentes y mejorar la atención prenatal y del recién nacido**

---

## I 8. RECOMENDACIONES DEL SAGE

Hace cuatro años, en la Asamblea Mundial de la Salud, los 194 Estados Miembros acordaron los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas (PAMV). Esos objetivos otorgaron especial atención y prioridad al Decenio de las Vacunas; la consecución de los objetivos tendrá repercusiones resonantes en la salud. Los programas de inmunización no solo previenen enfermedades sino que, además, facilitan el cumplimiento de los reglamentos sanitarios internacionales; contribuyen al control de la resistencia a los antimicrobianos; previenen brotes y ofrecen una vía para darles respuesta; y promueven el desarrollo sostenible.

**Aunque los objetivos del PAMV son ambiciosos, muchos países, incluso algunos de los más limitados en recursos, han capitalizado los beneficios sanitarios y económicos de las vacunas y han demostrado que la consecución de los objetivos del PAMV en el Decenio de las Vacunas no solo es posible, sino también necesaria**

EL SAGE RECOMIENDA QUE LOS ESTADOS MIEMBROS:

1. **Demuestren mayor firmeza en el liderazgo y la gobernanza de los sistemas nacionales de inmunización.**
  - a) Los Ministros de todos los niveles deberían ser firmes defensores de la inmunización en sus países y regiones. Estos funcionarios de alto nivel deberían poder transmitir el elevado beneficio sobre la inversión, la urgencia y el valor de una mayor inversión en los programas de inmunización y su mantenimiento como parte de los conjuntos de medidas de apoyo gubernamental a la cobertura sanitaria universal.
  - b) Se alienta a los gobiernos a promulgar leyes que garanticen el acceso a la inmunización, establecer grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización o grupos equivalentes, asegurar cada año la asignación de presupuestos suficientes para inmunización, e instaurar mecanismos para realizar el seguimiento y gestionar eficientemente los fondos a todos los niveles (incluidos los del sector privado).
  - c) Los dirigentes nacionales deberán adoptar decisiones valientes para modernizar los sistemas, protocolos y políticas necesarios para alcanzar y mantener una elevada cobertura de inmunización. Esa modernización podría requerir la reestructuración de las cadenas de suministro, los sistemas de información y las políticas de adquisición, así como una nueva evaluación de funciones y responsabilidades en los casos en que los gobiernos decidan descentralizar el sistema de salud.
  - d) Los gestores de programas nacionales de inmunización deberían informar cada año a sus grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización o grupos equivalentes acerca de los progresos realizados, las enseñanzas adquiridas y los desafíos pendientes relativos a la ejecución de los planes nacionales de inmunización, y señalar de qué manera esos planes están armonizados con los objetivos del Plan de acción regional y mundial sobre vacunas.
2. **Den prioridad al fortalecimiento del sistema de inmunización**
  - a) Los países deberían ampliar los servicios de inmunización de modo que además de los lactantes y los niños abarquen todo el ciclo de la vida, y determinar los medios más eficaces y eficientes para llegar a otros grupos etarios en el marco de la prestación de servicios de salud integrados. Se requieren urgentemente nuevas plataformas para llegar a las personas durante el segundo año de vida, la infancia, la adolescencia, el embarazo y la edad adulta.
  - b) Los 34 países cuyos niveles de cobertura nacional con la DTP3 son inferiores al 80% deberían acelerar la realización de intervenciones de eficacia demostrada, a fin de fortalecer los sistemas de inmunización como parte de los servicios de salud integrados. Con el apoyo de los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización o grupos equivalentes, los países deberían identificar y realizar intervenciones prioritarias tales como el desarrollo de recursos humanos, el aumento de financiación nacional para actividades de inmunización y el mejoramiento de la calidad y utilización de los datos.

### **3. Aseguren las inversiones necesarias para mantener la inmunización durante las transiciones de la poliomielitis y la Gavi**

- a) Todos los países deberían mitigar cualquier riesgo para el mantenimiento de programas eficaces de inmunización cuando disminuya la financiación de las actividades relativas a la poliomielitis. Se pide a todos los países con personal y recursos considerables procedentes de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis que indiquen en sus planes de transición, de qué manera se proponen mantener y financiar las actividades esenciales de inmunización, laboratorio y vigilancia que actualmente reciben apoyo financiero o de personal asignado a la lucha contra la poliomielitis.
- b) En todos los países que dejarán de recibir el apoyo de la Gavi, los asociados nacionales y mundiales para la inmunización deberán abogar firme y persistentemente por una mayor financiación nacional que permita preservar los beneficios de la inmunización a lo largo del tiempo.
- c) Los donantes del ámbito de la inmunización también deberán mirar más allá de sus inversiones en la Gavi, con el fin de asegurar que los países que dejarán de recibir apoyo de la Gavi y los que se autofinancian, así como los que afrontan grandes reducciones de financiación para la lucha contra la poliomielitis, cuenten con la capacidad, los instrumentos y los recursos necesarios para mantener la inmunización a lo largo del tiempo.

### **4. Mejoren la capacidad de vigilancia, así como la calidad y el uso de los datos**

- a) Todos los países deberían fortalecer y mantener su capacidad de vigilancia mediante la inversión en sistemas de detección y notificación de enfermedades; sistemas de análisis periódicos y comunicación de datos; capacidad de laboratorio mejorada; establecimiento de un claro proceso de investigación y confirmación de casos de enfermedades prevenibles mediante vacunas; y mecanismos de respuesta y prevención de brotes.
- b) Se pide a las instancias decisorias de todos los niveles del programa de inmunización que utilicen datos actualizados (por ejemplo, datos sobre vigilancia de enfermedades, cobertura y ejecución de programas) para orientar la adopción de decisiones programáticas y estratégicas que reduzcan la incidencia de la enfermedad y protejan a las poblaciones en riesgo.

### **EL SAGE RECOMIENDA QUE LOS ASOCIADOS PARA LA INMUNIZACIÓN:**

#### **5. Fortalezcan los mecanismos de rendición de cuentas a los fines del seguimiento de la ejecución de planes de acción mundiales y regionales sobre vacunas.**

- a) Los dirigentes de la Secretaría del PAMV, los organismos y los asociados mundiales del ámbito de la inmunización deberían abogar enérgica y coherentemente en los foros nacionales e internacionales por la urgencia y la conveniencia de acelerar el ritmo de los progresos mundiales hacia la consecución de los objetivos del PAMV para 2020.
- b) Los directores regionales de la OMS deberán velar por que los progresos en la ejecución de los planes de acción mundiales y regionales sobre vacunas se examinen anualmente en las reuniones de los Comités Regionales, según se pide en la resolución WHA65.17 de la Asamblea. Los informes preparados en los países para examinar y analizar los progresos logrados deberían ser la base de las deliberaciones.

- c) En sus informes de 2017 sobre el PAMV las organizaciones de la sociedad civil deberían describir la manera en que sus actividades guardan relación con los diferentes planes nacionales de inmunización, de modo que el ámbito geográfico y programático de sus trabajos fuera más visible. De ser posible, las organizaciones de la sociedad civil deberían medir y comunicar los efectos de sus actividades.

**6. Alcancen las metas de eliminación del tétanos materno y neonatal, el sarampión y el síndrome de rubéola congénita.**

Se pide a las iniciativas de lucha contra el tétanos materno y neonatal, el sarampión y la rubéola que elaboren argumentos e indiquen la financiación adicional necesaria para alcanzar y mantener las metas de eliminación en los programas sistemáticos de inmunización, y utilicen esos argumentos para solicitar el apoyo necesario de los donantes y los gobiernos nacionales para el final de julio de 2017.

**7. Eliminen obstáculos para posibilitar el suministro oportuno de vacunas asequibles en situaciones de crisis humanitarias.**

Los organismos internacionales, los donantes, los fabricantes de vacunas y los gobiernos nacionales deben trabajar conjuntamente con el fin de mitigar la carga financiera que soportan los países para adquirir y administrar vacunas a las poblaciones desplazadas en riesgo de contraer enfermedades prevenibles mediante vacunación, y asegurar el suministro oportuno de vacunas asequibles en situaciones de crisis humanitarias.

**EL SAGE RECOMIENDA QUE LOS ASOCIADOS PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE VACUNAS:**

**8. Promuevan la capacidad en materia de investigación y desarrollo de vacunas en los países de ingresos medianos bajos.**

- a) Los asociados en la esfera de investigación y desarrollo deben seguir apoyando el aumento de la capacidad en las esferas normativa y de ensayos clínicos mediante el desarrollo de modelos como el Foro Africano de Reglamentación de Vacunas y la Red de Organismos de Reglamentación de Vacunas de Países en Desarrollo, y acelerar las vías de reglamentación de vacunas en entornos de emergencia e insistir en el cumplimiento de la posición actual de la OMS que aboga por el registro de los ensayos clínicos y la notificación de los resultados a su debido tiempo.
- b) La OMS y el Comité consultivo sobre el desarrollo de productos para vacunas deberían seguir promoviendo objetivos estratégicos mundiales consensuados y otorgar prioridad a la investigación y el desarrollo de vacunas y tecnologías de administración que atiendan a las necesidades no satisfechas de los países de ingresos medianos bajos.
- c) Los investigadores deberían apoyar el desarrollo de modelos animales normalizados de alta calidad, ensayos y modelos de provocación humanos normalizados orientados a agilizar el desarrollo de productos y proporcionar información de mejor calidad para adoptar decisiones relativas al fomento de productos.

**9. Aceleren el desarrollo y la introducción de nuevas vacunas y tecnologías.**

- a) En todo el mundo, los investigadores deberían acelerar el desarrollo de nuevas vacunas y tecnologías prioritarias, desde la investigación y el desarrollo hasta su plena utilización.
- b) La investigación sobre la aplicación se deberá llevar a cabo en la fase más temprana posible del proceso de desarrollo clínico, a fin de reducir los lapsos entre la autorización de comercialización, la financiación y la realización de actividades de vacunación.

## ANEXO 1: MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL DECENIO DE LAS VACUNAS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE)

### MIEMBROS DEL SAGE

- Narendra Arora (Presidente del Grupo de trabajo), Director Ejecutivo, Red Internacional de Epidemiología Clínica (India) (Miembro del SAGE 2010-2016)
- Yagob Yousef Al-Mazrou, Secretario General del Consejo de Servicios de Salud del Reino de Arabia Saudita (Arabia Saudita)
- Alejandro Cravioto, Consultor independiente (México)

### EXPERTOS

- Marie-Yvette Madrid, Consultora independiente, Ginebra (Suiza)
- Amani Mahmoud Mustafa, Gestor de Proyectos, Sudan Public Health Training Initiative, The Carter Center (Sudán) (a partir de mayo de 2014, anteriormente Director del PAI, Ministerio de Salud, (Sudán))
- Rebecca Martin, Directora, Center for Global Health, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
- Helen Rees, Directora Ejecutiva, Unidad de Investigación en Salud Reproductiva, Universidad de Witwatersrand (Sudáfrica) (anteriormente Presidenta del SAGE de 2010 a 2013)
- David Salisbury, Investigador asociado, Centre on Global Health Security, Chatham House, Londres (Reino Unido) (anteriormente Director de Inmunización del Ministerio de Salud del Reino Unido y antiguo Presidente del SAGE de 2005 a 2010)
- Oleru Huda Abason, Parlamentario, Parlamento de Uganda
- Jon Kim Andrus, Vicepresidente Ejecutivo y Director de Vaccine Advocacy and Education, Sabin Vaccine Institute, Washington, DC, (Estados Unidos)
- Susan Elden, Asesora sobre Salud, Departamento para el Desarrollo Internacional Londres (Reino Unido)
- Budihardja Singgih, Technical Director Australia Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening, Jakarta (Indonesia)
- Qinjian Zhao, Vicedecano, Facultad de Salud Pública, Universidad de Xiamen, Fujian (China)

### SECRETARÍA DEL GRUPO DE TRABAJO

- Fundación Bill y Melinda Gates
- Alianza Gavi para las Vacunas
- Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- Organización Mundial de la Salud

## ANEXO 2: MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE LA OMS EN ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE)

- Jon Abramson (Presidente del SAGE), Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Wake Forest, Departamento de Pediatría (Estados Unidos)
- Yagob Yousef Al-Mazrou, Secretario General, Secretario General del Consejo de Servicios de Salud del Reino de Arabia Saudita (Arabia Saudita)
- Alejandro Cravioto, Consultor Independiente (México)
- Ilesh Jani, Director General, Instituto Nacional de Salud (Mozambique)
- Jaleela Jawad, Jefe de Inmunización, Dirección de Salud Pública, Ministerio de Salud (Bahrein)
- Kari Johansen, Experto en enfermedades prevenibles mediante vacunación, Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades (Suecia)
- Terry Nolan, Director, Melbourne School of Population and Global Health, Universidad de Melbourne (Australia)
- Kate O'Brien, Profesor, International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, (Estados Unidos de América)
- Andrew J. Pollard, Professor of Paediatric Infection and Immunity, Universidad de Oxford (Reino Unido)
- Firdausi Qadri, Director, División de Enfermedades Infecciosas, Director e Investigador Principal, Mucosal Immunology & Vaccinology Laboratory, icddr,b, Dhaka (Bangladesh)
- Claire-Anne Siegrist, Directora, Centro colaborador de la OMS para inmunología vacunal, Hospital Universitario de Ginebra (Suiza)
- Piyanit Tharmaphornpilas, Asesor Médico Principal, Control de Enfermedades, Ministerio de Salud (Tailandia)
- Nikki Turner, Profesor Adjunto y Director, Centro de Asesoramiento sobre Inmunización, Universidad de Auckland, (Nueva Zelanda)
- Frederick Were, Director Ejecutivo y Profesor, Departamento de Pediatría y Salud Infantil, Universidad de Nairobi (Kenya)
- Charles Shey Wiysonge, Profesor y Subdirector, Centre for Evidence-based Health Care, Stellenbosch University (Sudáfrica)

