2015 INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE LA VACUNACIÓN

GRUPO DE EXPERTOS DE ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

En el Plan de acción mundial sobre vacunas se fijaron objetivos ambiciosos pero alcanzables conducentes a salvar miles de vidas mediante la vacunación en este Decenio de las Vacunas, que expirará en 2020.

El Decenio de las Vacunas no está en vías de hacer realidad todo su potencial. Se han realizado progresos notables en algunos países, incluidos aquellos donde viven muchos niños no inmunizados. **Estas mejoras aisladas deberán generalizarse si se desea que el plan recupere un ritmo adecuado.**

En el presente informe se formulan recomendaciones sobre aquello que hay que modificar y se hace hincapié en **dos problemas principales** que están lastrando los progresos en el Decenio de las Vacunas:

- Las estrategias de eliminación del tétanos materno y neonatal y del sarampión y la rubéola, así como su aplicación, necesitan urgentemente cambios y recursos adecuados.

- Los mecanismos de responsabilización del marco de monitoreo y rendición de cuentas del Plan de acción mundial sobre vacunas presenta deficiencias, lo que dificulta el cumplimiento de los objetivos del plan.

Ahora que el Decenio de las Vacunas se encuentra en un punto medio critico, el SAGE formula nueve recomendaciones en las que se abordan de lleno las principales cuestiones.

Para mejorar la rendición de cuentas con el fin de lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas, el SAGE recomienda que:

1. Los países cuentan con planes de acción nacionales en consonancia con el Plan de acción mundial sobre vacunas y los planes regionales pertinentes. Los Ministerios de Salud, Finanzas y otros de relevancia demuestran su liderazgo por medio de establecer un proceso anual de monitoreo y rendición de cuentas tanto a nivel nacional como subnacional. El monitoreo debe realizarse a través de un órgano independiente, por ejemplo el Comité Consultivo Nacional Sobre Inmunización. Cada país deberá compartir su informe anual de monitoreo con las oficinas regionales de la OMS año tras año. Este informe debería incluir tanto un análisis de progreso como ejemplos de las mejores prácticas.
2. Una vez finalizados los planes de acción regionales sobre vacunas (a más tardar en diciembre de 2015), las oficinas regionales de la OMS deberán establecer un proceso de examen anual de los progresos a través de sus comités consultivos técnicos regionales y presentar informes anuales a los respectivos comités regionales. El primer examen anual deberá tener lugar durante el primer semestre de 2016 para aquellos países que ya cuentan con planes anuales consonantes con el Plan de acción mundial sobre vacunas y con los planes regionales pertinentes. Los informes de los comités regionales de la OMS deberán presentarse anualmente al SAGE como parte del proceso de examen mundial.
3. Los asociados para el desarrollo mundiales, regionales y nacionales deberán armonizar sus esfuerzos para ayudar a los países a fortalecer sus marcos de liderazgo y rendición de cuentas y a aplicar sus planes nacionales. Esta armonización debería incluir el reforzamiento o creación de mecanismos de coordinación entre los asociados a todo nivel.

4. Los organismos que integran la secretaría del Decenio de las Vacunas deberán presentar al SAGE en 2016 un informe sobre las actividades de apoyo realizadas en los 10 países donde viven la mayoría de los niños no vacunados e infravacunados. Este mecanismo de revisión anual debería incluir la discusión de estos informes en el seno de los grupos consultivos técnicos regionales.

Para subsanar las deficiencias en determinados ámbitos de la aplicación del Plan de acción mundial sobre vacunas relacionados con enfermedades especificas, el SAGE recomienda que:

5. Dada la insuficiencia de los progresos para la eliminación del tétanos materno y neonatal así como el déficit de financiación relativamente pequeño, la OMS y el UNICEF deberán convocar una reunión de los asociados mundiales y los 21 países restantes para acordar un plan de acción, recursos y responsabilidades respectivas a fin de lograr este objetivo a más tardar en 2017 y poner en marcha estrategias para mantener la eliminación en todos los países.
6. Los asociados para el desarrollo mundiales, regionales y nacionales deberán apoyar a los países para que consigan los recursos necesarios y cumplan sus objetivos de eliminación o control del sarampión y la rubéola. Para refinar los planes, para dar seguimiento y para reforzar su puesta en marcha, se debe tener en cuenta los resultados y las recomendaciones derivadas del examen del plan estratégico sobre el sarampión y la rubéola, a mitad de periodo que se celebrará en 2016, una vez que éste haya sido avalado por el SAGE.

Para mejorar la cobertura inmunitaria, especialmente en aquellos lugares donde viven muchos niños no vacunados o infravacunados, el SAGE recomienda que:

7. Los asociados para el desarrollo mundiales, regionales y en el país deberán armonizar sus esfuerzos para ayudar a los países a inmunizar a más niños reforzando sus sistemas de prestación de atención de la salud, además de aplicar enfoques orientados a llegar a los niños que siempre escapan a la inmunización sistemática, especialmente en los países, o en los niveles subnacionales en países grandes, donde las tasas de vacunación son inferiores al 80%. Además, los asociados deberán proveer servicios a poblaciones desplazadas durante conflictos (tanto desplazados internos como refugiados).
8. La OMS deberá facilitar orientaciones a los países y asociados sobre la aplicación de los programas y estrategias de inmunización durante conflictos y perturbaciones crónicas.

Dado que el informe de evaluación del plan de acción mundial sobre vacunas de 2016 también servirá como la revisión de mitad de periodo del Decenio de las Vacunas, el SAGE recomienda que:

9. Este informe debería ser presentado al Foro Económico Mundial de Davos en el cual fue lanzada la iniciativa del Decenio de las Vacunas. El informe de 2016 deberá también resaltar aquellas actividades que son claves para el éxito a niveles mundial, regional y nacional.

ÍNDICE

1. DECENIO DE LAS VACUNAS – A MITAD DE CAMINO 6

2. ¿DÓNDE VIVEN LAS PERSONAS NO VACUNADAS? 7

3. METAS POR ENFERMEDAD – RETOS Y OPORTUNIDADES 10

4. ÉXITOS QUE PUEDEN SER LA NORMA 12

5. FACTORES COMUNES A LOS ESFUERZOS EXITOSOS 14

6. LIDERAZGO Y RENDICIÓN DE CUENTAS – LA CLAVE PARA AVANZAR 16

7. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES 20

ANEXO 1 : MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL DECENIO DE LAS VACUNAS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE) 22

ANEXO 2 : MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE) 29

1. DECENIO DE LAS VACUNAS – A MITAD DE CAMINO

Todos los países se comprometieron a cumplir los objetivos y estrategias del Plan de acción mundial sobre vacunas, a saber: eliminar el tétanos materno y neonatal, el sarampión, el síndrome de rubéola congénita y la poliomielitis; lograr que todos los niños estén libres de enfermedades prevenibles mediante vacunación, independientemente de donde vivan; y explorar el potencial de las vacunas para salvar más vidas.

Hace un año, el SAGE publicó un informe crítico con los progresos que se estaban realizando hacia el cumplimiento de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas, no sería realista esperar que los principales indicadores hayan cambiado sustancialmente. No solo porque hay un retraso en el proceso de recopilación de datos, sino también por que los cambios requieren tiempo. Un paso importante es comprender qué es preciso lograr en cada nivel, en qué plazo y quién ha de lograrlo.

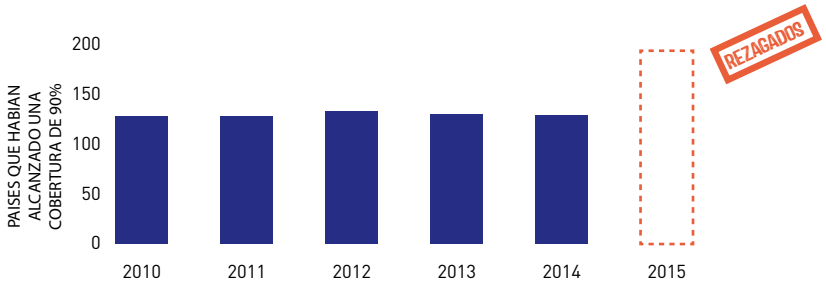
De aquí a 2020, cada vez que se incumplan las metas del Plan de acción mundial sobre vacunas, se perderán oportunidades para aumentar el número de niños que viven sin la amenaza de enfermedades letales. En la segunda mitad de este Decenio de las Vacunas, los países, las regiones y los asociados mundiales pueden y deben obtener resultados.

Este tercer informe del SAGE se centra en **el liderazgo y los sistemas de rendición de cuentas que deben establecerse en los países, las regiones y a nivel mundial** para que el Plan de acción mundial sobre vacunas pueda tener éxito.

2. ¿DÓNDE VIVEN LAS PERSONAS NO VACUNADAS?

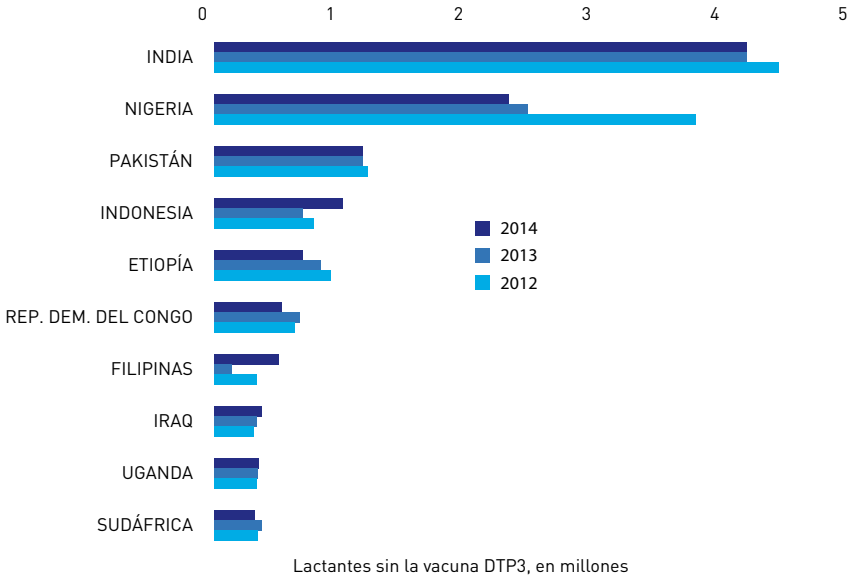
El Informe de 2014 del SAGE se centró en cinco metas fundamentales por enfermedad del Plan de acción mundial sobre vacunas que no están en vías de cumplirse. La primera de ellas, relativa a la cobertura nacional de la vacuna DTP3, muestra cuántos niños de un país están protegidos contra esas enfermedades. También es un indicador de la eficacia del programa de inmunización y, más en general, del sistema sanitario.

La meta consistía en lograr una cobertura del 90% en los 194 países para 2015. En 2014, solo 129 países habían alcanzado una cobertura del 90%, uno menos que en 2013 y solo uno más que en 2010.



LOS DIEZ PAÍSES DONDE VIVEN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS NO VACUNADOS

A nivel mundial, el 86% de los niños recibe la vacuna DTP3, y este porcentaje no ha cambiado significativamente en los últimos cinco años. Los diez países con el mayor número de niños no inmunizados o infrainmunizados son de ingresos bajos o medianos-bajos. En la mayoría de estos países, el gran tamaño de la población y un desempeño deficiente explican en general el elevado número de niños sin vacunar. En algunos países también pueden existir problemas relacionados con la calidad de los datos.



Otros muchos países tienen zonas geográficas con bajas tasas de inmunización. Solo 54 Estados Miembros pudieron notificar una cobertura nacional de la DTP3 del 90%, así como una cobertura mínima

del 80% en todos los distritos, que es la segunda parte de la meta relativa a la cobertura nacional de vacunación. Todavía no se dispone de datos a nivel de distrito para 73 países.

Las poblaciones migrantes transitorias de las ciudades y zonas periurbanas y las poblaciones indígenas están desatendidas. La urbanización rápida ha originado nuevas lagunas en la cobertura vacunal en aquellos lugares donde los servicios sanitarios no pueden satisfacer la demanda. En los países donde la vacunación no llega a todos los niños, hay actualmente poblaciones de adolescentes y adultos no vacunados. Algunos países experimentan desastres naturales y conflictos que plantean desafíos especiales.

En siete países, menos de la mitad de los niños están inmunizados.

LOS SIETE PAÍSES DONDE MÁS DEL 50% DE LOS NIÑOS NO ESTÁN INMUNIZADOS O ESTÁN INFRAINMUNIZADOS (COBERTURA NACIONAL DE LA DTP3 PARA 2014)

Guinea Ecuatorial	**24**
Sudán del Sur	**39**
Somalia	**42**
República Árabe Siria	**43**
Chad	**46**
República Centroafricana	**47**
Haití	**48**

En los países en que las guerras y los desastres naturales han diezmado los sistemas de salud, numeras personas no vacunadas han huido a países vecinos o a otros países más lejanos. Hay niños desplazados internos que no pueden acceder a los servicios de inmunización, y existen zonas en las que las luchas constantes dificultan enormemente la vacunación. La OMS ha finalizado un marco de adopción de decisiones sobre la selección de vacunas en emergencias humanitarias graves,[1] pero se necesitan más orientaciones acerca de la inmunización sostenible en conflictos o crisis continuados, especialmente en lo que respecta a los desplazados internos y las personas refugiadas en otros países.

ESTUDIO DE CASO: EN SOMALIA SE HAN INTRODUCIDO MEJORAS QUE HAN COSTADO MUCHO ESFUERZO

En el Cuerno de África, Somalia registra una mortalidad infantil terriblemente alta, ya que el 20% de los niños no llegan a cumplir cinco años. La principal causa de mortalidad es una enfermedad infecciosa controlada en muchas partes del mundo mediante vacunación. Dos decenios de guerra civil y de luchas entre facciones han diezmado el sistema de atención sanitaria somalí, lo que, junto con la malnutrición, ha creado las condiciones perfectas para que un virus oportunista como el sarampión se propague.

El sistema sanitario de Somalia no tiene los componentes básicos necesarios para que un programa de inmunización eficaz pueda funcionar. La administración central se ha desmoronado y no existe ningún marco legal o de gobernanza en materia de inmunización. Muchos profesionales de atención de la salud se han ido, y los establecimientos han sido destruidos. La violencia y el conflicto continúan en algunas regiones. Hay un gran número de desplazados internos, malas condiciones de seguridad y una población errante dispersa que lucha por sobrevivir frente a las persistentes sequías y la falta de seguridad alimentaria.[2]

[1] Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making, WHO, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92462/1/WHO_IVB_13.07_eng.pdf

[2] Country Cooperation Strategy for WHO and Somalia 2010–2014, WHO, 2010; http://applications.emro.who.int/docs/CCS_Somalia_2010_EN_14487.pdf

En el último decenio se ha emprendido un proceso de reconstrucción en cuyo marco se ha establecido un programa de inmunización, lo que viene a colmar un vacío en materia de coordinación entre los 40 asociados involucrados en la inmunización en Somalia. La unidad nacional se creó en 2012, tras la creación de unidades en Somalilandia y Puntlandia. Las mejoras están empezando a notarse en las partes del país que actualmente son accesibles. El sistema de inmunización recientemente creado hace frente a enormes desafíos en materia de acceso, gobernanza, dotación de personal y recursos.

A pesar de estas dificultades, Somalia ha logrado detener dos importantes brotes de poliomielitis, gracias al compromiso de los trabajadores sanitarios comunitarios y de los defensores locales de la inmunización. Sin embargo, las mejoras en la inmunización sistemática son difíciles de realizar. La cobertura se ve mermada, y solo del 30% al 40% de los niños están inmunizados contra las principales enfermedades infantiles. En las zonas inaccesibles viven más de medio millón de niños que siguen necesitando ponerse al día con las vacunas. Las jornadas en pro de la salud infantil apoyadas por la OMS y el UNICEF han aumentado la cobertura en un 20%, pero la estrategia es costosa —requiere $ 4,5 millones por ronda— y necesita financiación externa. No se dispone de fondos.

LOS NIÑOS NO VACUNADOS CORREN UN MAYOR RIESGO

La crudeza de la inequidad – los niños con un mayor riesgo de contraer enfermedades tienen también menos probabilidades de ser vacunados.

La realidad es que los niños que no tienen acceso a la inmunización suelen estar marginados y vivir en zonas rurales o remotas desatendidas, en entornos urbanos desfavorecidos, en estados frágiles o en regiones destrozadas por los conflictos.[3] Son más propensos sobre todo a padecer las enfermedades que las vacunas ayudan a prevenir, y tienen menos acceso al tratamiento. Es inaceptable que haya niños que mueran por enfermedades para las que se dispone fácilmente de vacunas.

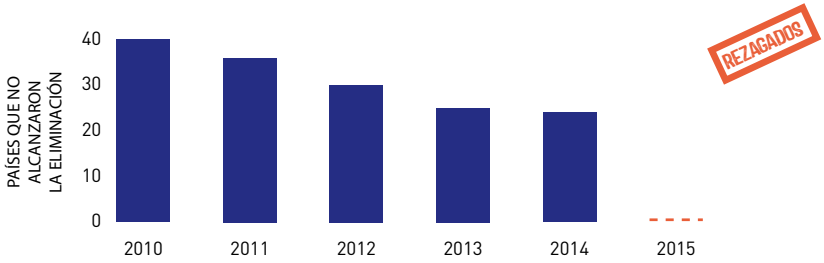
Se tiene que inmunizar a más niños de estos países, y la inmunización tienen que ser sostenible. Las mejoras a lo largo del tiempo y basadas en el desempeño anterior del propio país son de suma importancia. Cabe señalar que en Nigeria y la India hubo menos lactantes sin vacunar en 2014 que en 2012. Estos dos países son también aquellos que han logrado mayores avances en la eliminación de enfermedades. Ambos han obtenido estos resultados mediante la implantación de sistemas de rendición de cuentas con arreglo a los cuales todas las partes están obligadas a adoptar las medidas acordadas, lo que permite obtener resultados reales.

[3] State of the world's vaccines and immunization, 3rd edition, 2009, WHO, Unicef and the World Bank http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70114/1/WHO_IVB_09.10_eng.pdf

3. METAS POR ENFERMEDAD: RETOS Y OPORTUNIDADES

TÉTANOS MATERNO Y NEONATAL

24 PAÍSES NO ALCANZARON LA ELIMINACIÓN DEL TÉTANOS MATERNO Y NEONATAL EN 2014

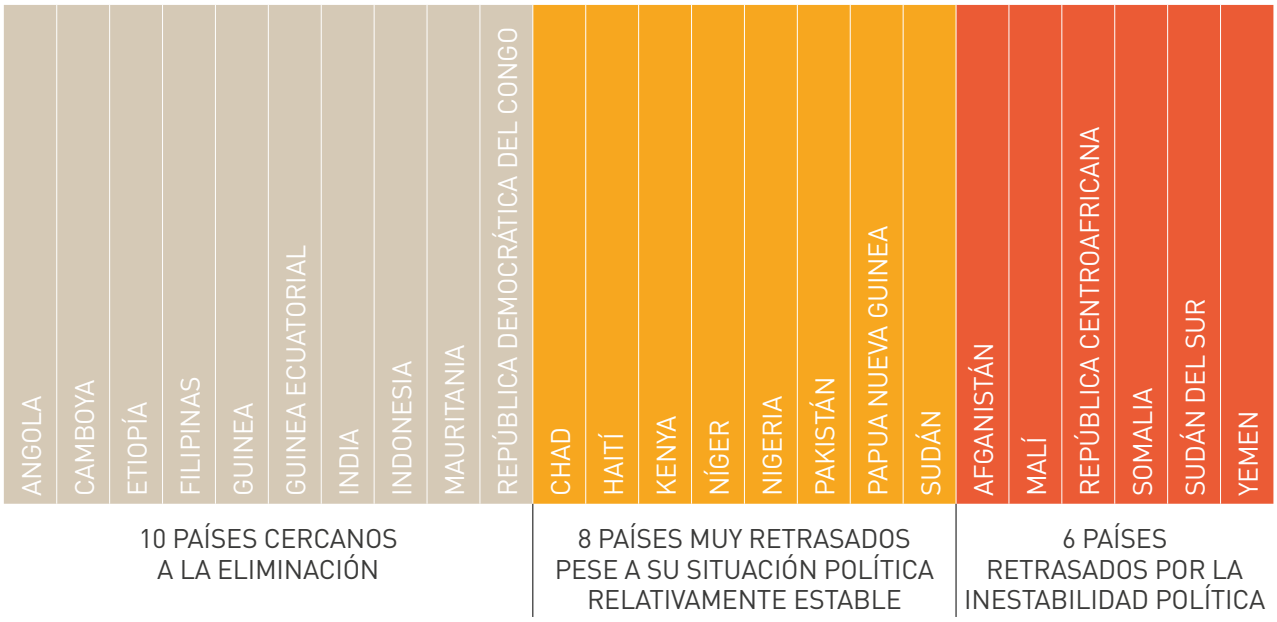


Entre las principales metas por enfermedad del Plan de acción mundial sobre vacunas se encontraba la meta alcanzable de eliminar para finales de 2015 la terrible enfermedad que es el tétanos materno y neonatal. Ahora es casi seguro que no se alcanzará. Es frustrante para los países, las regiones y el mundo ver cómo se deja la puerta abierta a una enfermedad que afecta a quienes tienen menos recursos y que causa sufrimientos innecesarios a inocentes.

La eliminación sostenible del tétanos materno y neonatal es alcanzable.

El tétanos materno y neonatal es un cruel recordatorio de la chocante inequidad en materia de prestación de atención sanitaria. La bacteria causante del tétanos no se erradicará nunca, pero la limpieza del parto y de los cuidados del cordón umbilical, junto con la vacunación de las madres durante el embarazo, impide la aparición del tétanos materno y neonatal, salvando a las madres y a los niños.

El déficit de financiación estimado para librar al mundo del tétanos materno y neonatal es de US$ 130 millones, cifra minúscula en comparación con los US$ 1100 millones que en 2014 gastó la Alianza Gavi para las Vacunas (Gavi) en sus programas para vacunas nuevas e infrautilizadas. En la segunda mitad del Decenio de las Vacunas hay una oportunidad para que los países y los asociados mundiales reorienten sus esfuerzos y alcancen y mantengan el objetivo de la eliminación.



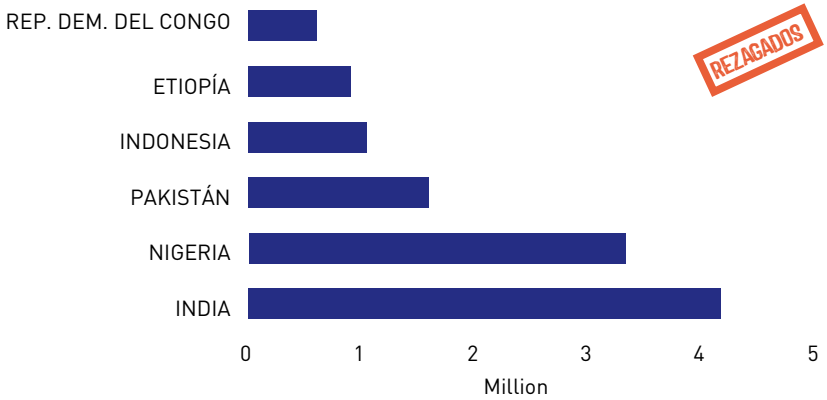
SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

Tres regiones de la OMS –Mediterráneo Oriental, Europa y Pacífico Occidental– se comprometieron a liquidar el sarampión para finales de 2015 y todas a hacerlo en este decenio. La primera meta no se alcanzará, y 2020 no está lejos. Peor aún, la enfermedad está reapareciendo en lugares que ya se habían olvidado del sarampión, importada desde países en los que las tasas de vacunación no son suficientemente elevadas para impedir que se propague entre quienes no están vacunados adecuadamente o simplemente no están vacunados por capricho o intencionadamente.

El sarampión es contagioso y oportunista. Los niños necesitan dos dosis de vacuna, y los países han de tener una cobertura del 95% o más (tanto a nivel nacional como en cada una de sus divisiones administrativas) para lograr la eliminación. Sin embargo, la cobertura mundial se ha estabilizado alrededor del 85% durante el último lustro.

La mitad de los 20,6 millones de niños que no fueron vacunados contra el sarampión en 2014 viven en seis países, en los que se produjeron dos tercios de las 145 000 muertes por sarampión registradas en 2014 según estimaciones prudentes.

LACTANTES NO VACUNADOS CON UNA PRIMERA DOSIS CONTRA EL SARAMPIÓN, EN MILLONES, 2014



El Plan de acción mundial sobre vacunas incluía como meta fundamental la eliminación de la rubéola en dos regiones de la OMS para finales de 2015. Aunque la Región de las Américas ha logrado la eliminación en 2015, esta meta seguramente no se alcanzará en otras regiones. Las regiones de Asia Sudoriental, África y el Mediterráneo Oriental no han establecido objetivos de eliminación para la rubéola, y la del Pacífico Occidental no ha fijado fecha para la eliminación. La Región de Europa tiene como objetivo la eliminación en 2015, pero no está bien encaminada para lograrlo.

Una oportunidad que se está desaprovechando: la eliminación del sarampión y la rubéola.

La rubéola suele ser una enfermedad leve, pero al principio del embarazo puede causar defectos de nacimiento y muerte fetal o discapacidades de por vida a causa del síndrome de rubéola congénita. A fecha de diciembre de 2014, 140 países habían introducido vacunas con componente antirrubeólico. La cobertura mundial va en aumento, pero sigue siendo baja: 46% en 2014 (en comparación con 41% en 2010); en muchos países no ha aumentado, y 54 de ellos todavía no incluyen las vacunas con componente antirrubeólico en sus calendarios nacionales.

La vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola ofrece una solución económica, y la no vinculación de la eliminación de la rubéola a la eliminación del sarampión supone desaprovechar una oportunidad.

El mundo tiene que tomarse en serio el objetivo de eliminar el sarampión en consonancia con el enfoque que los países, las regiones y los asociados mundiales han adoptado para verse libres de la poliomielitis. La rubéola tiene que incluirse en una nueva estrategia, de modo que se puedan realizar progresos reales hacia la consecución de ambos objetivos.

4. ÉXITOS QUE PUEDEN SER LA NORMA

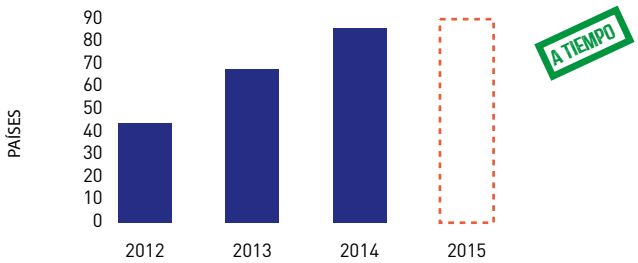
El desempeño en relación con la consecución de metas fundamentales en materia de inmunización sigue sin estar en el buen camino a nivel mundial en 2015, pero algunos países han hecho grandes adelantos y están bien encaminados para alcanzar algunas metas.

→ AVANCES EN RELACIÓN CON NUEVAS VACUNAS

Se han desarrollado y probado rápidamente vacunas experimentales contra el ebola que podrían conferir protección frente a esta terrible enfermedad. La meta del Plan de acción mundial sobre vacunas relativa a la introducción de vacunas nuevas o infrautilizadas está en el buen camino a nivel mundial, y, desde 2010, 86 países de ingresos bajos y medianos han introducido (y mantenido al menos durante un año) un total de 128 vacunas.

Aunque estamos en el buen camino para alcanzar esta meta, la cobertura sigue siendo baja a nivel mundial, y la sostenibilidad en países que cumplen los requisitos para recibir el apoyo de Gavi sigue siendo motivo de preocupación, al igual que la capacidad de los países de ingresos medianos que no son candidatos a dicho apoyo para proporcionar vacunas. La cobertura mundial con las vacunas contra rotavirus y neumococos sigue siendo baja (19% y 31%, respectivamente, en 2014).

ESTADOS MIEMBROS QUE HAN AÑADIDO UNA VACUNA NUEVA O INFRAUTILIZADA A SU PROGRAMA NACIONAL[4]



Las vacunas nuevas están en el buen camino, pero hay un potencial mucho mayor para salvar vidas.

→ MEJORES DATOS SOBRE EL PRECIO DE LAS VACUNAS

Tras la resolución de la Asamblea de la Salud sobre el precio de las vacunas,[5] la Secretaría de la OMS ha colaborado con los países para compartir datos sobre precios. Hasta la fecha, 40 países han compartido información con la OMS.

Los países que recientemente han dejado de tener derecho a percibir ayudas tienen acceso a los precios de Gavi y a la adquisición a través del UNICEF, pero siguen siendo vulnerables en el periodo de transición en el que necesitan incrementar los recursos nacionales. Los países de ingresos medianos que nunca han recibido ayudas importantes de Gavi y dependen de sus propios mecanismos de adquisición son vulnerables a los precios de las vacunas y a los problemas de agotamiento de existencias. El suministro de vacunas, que se comenta más adelante, sigue siendo un problema.

[4] Estados Miembros con ingresos bajos y medianos que han añadido a su programa nacional de inmunización al menos una vacuna nueva o infrautilizada y han mantenido su uso al menos durante 12 meses

[5] Resolución WHA68.6 acerca del Plan de acción mundial sobre vacunas: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R6-sp.pdf.

→ ÉXITOS EN LA ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES

Aunque los progresos mundiales hacia la consecución de las metas por enfermedad siguen siendo lentos, algunos países han logrado éxitos señalados.

- La India ha sido declarada libre de tétanos materno y neonatal, lo que demuestra que es posible eliminar esta terrible enfermedad, incluso en circunstancias difíciles. La India se encuentra entre los países con mayor número de niños no inmunizados e infrainmunizados. Este país se une a Camboya y Mauritania, también declarados libres de tétanos materno y neonatal en la primera mitad de 2015, y a Madagascar, declarado libre en 2014.
- En África no ha habido casos de infección por poliovirus salvajes desde agosto de 2014, lo cual supone un logro enorme. Nigeria ha dejado de ser un país endémico, y como tal solo quedan dos: el Afganistán y el Pakistán. Solo estos dos países han tenidos casos de infección por poliovirus salvajes en 2015. La India ha sido capaz de utilizar su infraestructura para la lucha contra la poliomielitis en sus éxitos recientes en materia de inmunización. Del mismo modo, los recursos contra la poliomielitis se han utilizado en África para contener el brote de enfermedad por el virus del Ebola.
- La Región de las Américas ha sido la primera en eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, lo cual supone un gran logro.

Ejemplos aislados de éxitos que tienen que convertirse en la norma.

5. FACTORES COMUNES A LOS ESFUERZOS EXITOSOS

El SAGE ha centrado sus informes anteriores en los siguientes aspectos, entre otros:

- calidad de los datos
- participación de la comunidad
- suministro de vacunas

Estos tres componentes han estado presentes en los países que han hecho avances importantes hacia la consecución de las metas por enfermedad en 2015.

CALIDAD DE LOS DATOS

Si no se sabe quién ha sido vacunado frente a qué enfermedades a nivel local, nacional, regional y mundial, resulta imposible asignar los limitados recursos de modo que proporcionen el mayor rendimiento ni entender cómo se puede mejorar la efectividad o la eficiencia de los programas. Es necesario que los datos sean útiles y sirvan para dar forma a la estrategia a todos los niveles.

En la India, la estrategia para eliminar el tétanos materno y neonatal se ha basado en datos. La eliminación ha recibido el apoyo de la Misión Indradhanush («arco iris»), una campaña de vacunación de 2015 que ha hecho buen uso de los recursos centrándose en las zonas con baja cobertura vacunal a fin de maximizar el éxito. Todas las etapas de la Misión Indradhanush se basaron en datos, desde la averiguación de por qué no se estaba vacunando a algunos niños y la aplicación de estrategias para solucionarlo hasta la focalización en los distritos con bajas tasas de vacunación. También se dispuso de datos a nivel de la prestación, con una meticulosa planificación de las sesiones de vacunación para localizar a los niños no vacunados y un monitoreo constante de los resultados. Los datos también orientaron de manera más general la estrategia india de eliminación del tétanos materno y neonatal: se determinaron las necesidades en materia de enseñanza y formación, de modo que hubiera sobre el terreno trabajadores sanitarios y personal de enfermería (se capacitó a 500 000 trabajadores sanitarios de primera línea) para mejorar los centros de atención primaria con miras a adaptar la atención al parto a la demanda de la comunidad y a integrar la inmunización y la atención prenatal a efectos de maximizar las posibilidades de éxito.

La calidad de los datos tiene enorme importancia, y probablemente ningún país entienda esto mejor que México, que ha tenido que ver una «caída» de sus tasas de vacunación para mejorar sus datos.

ESTUDIO DE CASO: DESEMPEÑO «MEDIOCRE» QUE GENERA MEJORAS REALES

En 2013, México inició un proceso de mejora de los datos para su programa de inmunización. Entre otras cosas se revisaron las cifras poblacionales y se sustituyó un sistema de información anticuado.

El proceso de mejora dio lugar en 2013 a la obtención de cifras de cobertura de inmunización inferiores a las registradas con anterioridad.

A medida que se fueron aplicando las mejoras de la calidad de los datos en todos los estados y se consiguieron cifras más exactas, las tasas de cobertura de 2014 aumentaron, y probablemente sigan haciéndolo.

México ha persistido audazmente en su plan de mejora de la calidad de los datos, y ahora, con mejores datos, está avanzando para colmar las lagunas de la cobertura de inmunización de una forma más focalizada.

IMPLICACIÓN DE LAS COMUNIDADES

En un estudio de la OMS sobre los países que han eliminado satisfactoriamente el tétanos materno y neonatal se puso de manifiesto la enorme importancia de la participación temprana y activa de las comunidades. La eficacia de las intervenciones de los trabajadores sanitarios comunitarios está bien documentada, sobre todo en las poblaciones rurales y marginadas.[6]

En África, la implicación de los líderes comunitarios en el ámbito local y de distrito y de un ingente número de trabajadores comunitarios ha reportado grandes avances en los esfuerzos de erradicación de la poliomielitis, incluso en los países donde los servicios sufren perturbaciones constantes, como Somalia.

Del mismo modo, los buenos resultados logrados por la India en la lucha contra el tétanos materno y neonatal se han cimentado fundamentalmente en la labor de los trabajadores sanitarios comunitarios y las organizaciones de la sociedad civil. El factor determinante de este éxito es que los voluntarios pertenecen a las comunidades en las que trabajan.

DISPONIBILIDAD DE VACUNAS

En 2014, el SAGE llamó la atención sobre la falta de datos de calidad acerca de la asequibilidad y el suministro de vacunas. Si se desea aumentar las tasas de vacunación, es necesario mejorar la disponibilidad de las vacunas.

En 2014, un total de 33 países notificaron interrupciones en las vacunaciones debido a la falta de existencias. Más de la mitad de los casos de agotamiento de existencias se debieron a problemas internos de los países. Los desabastecimientos de las reservas nacionales se trasladaron a los distritos y provocaron la interrupción de los servicios de vacunación.

[6] How effective are community health workers? an overview of current evidence with recommendationsfor strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related millennium development goals, Perry H and Zulliger R, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health , September 2012; http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review%20of%20chw%20effectiveness%20for%20mdgs-sept2012.pdf

Es evidente que este problema debe abordarse en los marcos legislativos que rigen la adquisición de vacunas y en los programas nacionales de vacunación. El agotamiento de las existencias de vacunas debido a mecanismos de adquisición deficientes o a la falta de planificación pone en peligro los programas de vacunación. Se tiene que evitar a toda costa que un niño llegue dispuesto a vacunarse y no haya vacunas, ya que la persona que cuida de él, desmotivada por la situación, no lo traerá de nuevo más adelante, con el consiguiente riesgo de tener a un gran número de niños infravacunados. Estas cuestiones deben tenerse en cuenta en los procesos nacionales de planificación y gobernanza en materia de inmunización.

ESTUDIO DE CASO: UN SISTEMA DE ADQUISICIÓN MERMADO EXPONE A LOS NIÑOS A INFECCIONES

Filipinas ha venido financiando su programa de vacunación desde la década de 1990 pero, en los últimos años, la complejidad del proceso de adquisición de bienes y servicios por parte de todas las administraciones públicas ha dado lugar a interrupciones y grandes retrasos en el suministro.

Este desabastecimiento continúa obstaculizando las vacunaciones y, como consecuencia de ello, la cobertura se ha visto afectada. En 2014, la tasa de inmunización se redujo hasta menos del 80%.

6. LIDERAZGO Y RENDICIÓN DE CUENTAS: LA CLAVE PARA AVANZAR

Durante más de un año no se ha registrado en Nigeria ningún caso de infección por poliovirus salvajes. El 25 de septiembre de 2015, la Directora General de la OMS anunció que este país estaba libre de poliomielitis endémica. Si preguntáramos a cualquiera de las personas involucradas qué hizo posible este éxito rotundo, se referiría sin dudarlo a un factor determinante: la rendición de cuentas. Tanto el propio país como sus asociados técnicos establecieron y aplicaron mecanismos claros de rendición de cuentas para medir los resultados obtenidos, premiar a quienes los obtuvieron y sancionar a aquellos que no rindieron como se esperaba o incluso dejar de trabajar con ellos. La rendición de cuentas no fue el único factor, pero resultó decisiva.

El liderazgo: la diferencia entre el éxito y el fracaso.

El SAGE no espera ver de un año para otro grandes avances en la consecución de las principales metas por enfermedad a nivel mundial, pero ha analizado los cambios que ha habido en los programas de vacunación el pasado año. La rendición de cuentas ha mejorado un poco, pero mucho menos de lo que sería necesario. La rendición de cuentas es clave para el éxito.

En los programas exitosos examinados por el SAGE en 2015, el liderazgo en los países ha tenido una importancia fundamental. En Somalia, la falta de liderazgo nacional ha afectado a la prestación de servicios, la dotación de personal, la difusión de la información y, sobre todo, la financiación. Incluso cuando las vacunas son suministradas por organismos y campañas de ayuda exterior, las deficiencias subyacentes a los sistemas sanitarios hacen inviable que los cambios sean duraderos.

En la India han sido muchos los factores que han contribuido al éxito de la estrategia de eliminación del tétanos materno y neonatal, pero no cabe duda de que uno de ellos ha sido el liderazgo ejercido para reforzar la rendición de cuentas en todos los niveles.

ESTUDIO DE CASO: EL LIDERAZGO, LA CLAVE DEL ÉXITO DE LA MISIÓN INDRADHANUSH

En la India, la Misión Indradhanush (que significa «arco iris») se basó en el liderazgo en todos los niveles. Esta campaña llevada a cabo en todo el país en el transcurso de cuatro meses en 2015 fue acompañada de un programa de inmunización sistemática para vacunar a 6,65 millones de niños y 1,86 millones de mujeres embarazadas adicionales.

El Gobierno de la India asignó recursos a la Misión y se comprometió al más alto nivel a garantizar su éxito. Como muestra de ello, el Primer Ministro hizo una declaración nacional y el Ministro de Salud escribió a todos los trabajadores de salud de primera línea que participaban en el programa. Posteriormente, los funcionarios locales y de distrito siguieron su ejemplo.

Otro aspecto fue el liderazgo comunitario. De acuerdo con los estudios realizados, la falta de conocimiento y el temor eran factores fundamentales que explicaban que algunos niños no fueran vacunados. La estrategia de reclutamiento de un gran número de trabajadores sanitarios comunitarios que desarrollaron una importante labor de movilización social fue acompañada de otras medidas, como la traducción de los mensajes a las lenguas locales para facilitar su transmisión y una estrategia mediática integral.

> El liderazgo proporcionó el apoyo, la autoridad y los recursos necesarios a la Misión Indradhanush. También posibilitó que los recursos se destinasen allí donde se necesitaban y movilizó a las organizaciones de la sociedad civil, que a su vez ejercieron el liderazgo en el seno de la comunidad.

El grupo de trabajo del SAGE recibió información de varias organizaciones de apoyo que colaboran con los países con métodos innovadores para mejorar el liderazgo, como la creación de alianzas entre los países de ingresos bajos y aquellos que recientemente han dejado de tener derecho a percibir ayuda de Gavi y que, por tanto, conocen bien los desafíos a los que hay que hacer frente. Gracias a su proceso de planificación, Gavi puede contribuir de manera significativa no solo a mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, sino también a mejorar el liderazgo en los países con el fin de garantizar esa sostenibilidad y la claridad en la rendición de cuentas.

Para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan de acción mundial sobre vacunas, la rendición de cuentas debe hacerse en tres niveles:

- en los países, donde deben obtenerse los resultados;
- en las regiones de la OMS, donde el Plan de acción mundial sobre vacunas se plasma en un marco regional, se da apoyo y se intercambian prácticas óptimas;
- a escala mundial, donde los asociados del Plan de acción mundial sobre vacunas, con la ayuda del SAGE, pueden brindar un apoyo considerable a los países para que implanten la rendición de cuentas.

RENDICIÓN DE CUENTAS EN LOS PAÍSES

La responsabilidad de lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas corresponde a los países.

Los países centraron sus esfuerzos en el logro de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas. Como parte del sistema de rendición de cuentas, todos los países deberían disponer de un plan de acción nacional sobre vacunas. Actualmente 72 países que reciben apoyo de Gavi, junto con otros 9 países, cuentan con planes integrales plurianuales como parte del sistema de planificación. Las nuevas directrices de planificación tienen en cuenta los objetivos y las estrategias del Plan de acción mundial sobre vacunas, y 61 planes recientemente revisados o en proceso de revisión se han preparado en consonancia con las nuevas directrices. Otros países contarán con planes nacionales de inmunización que ahora deberán armonizar con el Plan de acción mundial sobre vacunas y el plan regional pertinente.

Los progresos hacia la obtención de los resultados enunciados en los planes deberían ser revisados anualmente por un órgano independiente con conocimientos técnicos, como el Comité Consultivo Nacional sobre Inmunización, y por un órgano con experiencia en gestión, como un comité de coordinación entre agencias. En 2014, 123 países señalaron que disponían de un comité asesor de prácticas de inmunización, y solo 25 de ellos reunían las condiciones para obtener apoyo de Gavi. Solo 81 países tenían un comité asesor de prácticas de inmunización que cumplía los criterios de la OMS en materia de funcionalidad, y solo 15 de ellos reunían las condiciones para obtener apoyo de Gavi. Todos los países deberían disponer de un comité consultivo técnico que tenga diversas responsabilidades, en particular una función clave en materia de rendición de cuentas.

Hay que disponer de recursos humanos y físicos para aplicar los planes, y su integración en otros servicios de atención de la salud puede crear eficiencias y reducir la pérdida de oportunidades. Cuando no existen estos componentes necesarios para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, los asociados mundiales pueden ser de gran ayuda.

Dado que la mayoría de los niños no vacunados o infravacunados viven en zonas geográficas desfavorecidas con respecto a otras zonas del país o en países en los que el sistema sanitario es deficitario, los planes nacionales deben incluir estrategias destinadas a promover la equidad en materia de inmunización a lo largo del ciclo de vida y entre diferentes grupos de población.

Es mucho mejor que los planes sean útiles que llenar el expediente, y por esta razón los encargados de la aplicación de los planes deberían desempeñar una función principal en su elaboración. Los planes nacionales deberían sustentarse en planes de aplicación más detallados a nivel de distrito para velar por que los escasos recursos se destinen allí donde vayan a ser más beneficiosos.

RENDICIÓN DE CUENTAS EN LAS REGIONES DE LA OMS

El año pasado, se pidió a las regiones de la OMS que finalizaran sus planes de acción sobre vacunas En 2015, transcurrido ya medio decenio, tres de las seis regiones cuentan con un plan de acción regional sobre vacunas. Las regiones desempeñan una función de liderazgo en la tarea de garantizar que los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas sean pertinentes para una región en particular, y una función primordial en el sistema de rendición de cuentas relativo al plan.

Las regiones de África, Europa y el Pacífico Occidental ya disponen de planes regionales. En el momento de redactar el presente documento, las regiones de las Américas y del Mediterráneo Oriental están en vías de adoptar sendos planes. La región de Asia Sudoriental debe finalizar su plan con carácter prioritario, puesto que todos los planes deben estar finalizados a más tardar a finales de 2015 para su adopción en 2016, con el fin de que a su vez sirvan de orientación en los procesos de planificación de los países.

Los planes regionales ofrecen el marco de rendición de cuentas para los países.

Cuando la Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2012 el Plan de acción mundial sobre vacunas, se instó a los países a que durante el Decenio de las Vacunas informaran anualmente a sus comités regionales sobre las lecciones extraídas, los progresos realizados, los desafíos pendientes y las medidas actualizadas. Todas las regiones deberían ya disponer de procesos oficiales de monitoreo y rendición de cuentas. El grupo consultivo técnico sobre inmunización de ámbito regional y el comité regional deberían examinar el desempeño de los países en relación con los planes.

El año pasado la OMS organizó una reunión de los países en los que las tasas de vacunación eran inferiores al 80%. Este año, el SAGE ha centrado su atención en los 10 países en que viven más niños sin vacunar o infravacunados y en los siete países en que las tasas de vacunación son inferiores al 50%. Las regiones deberían velar por colaborar con los países con tasas bajas de vacunación para ayudarlos a reforzar los sistemas de atención de la salud y a mejorar las tasas de inmunización.

RENDICIÓN DE CUENTAS EN EL ÁMBITO MUNDIAL

En el ámbito mundial, el SAGE todavía no ha adoptado una posición clara con respecto a los mecanismos de rendición de cuentas. Cada organización asociada tiene sus propios marcos de planificación y evaluación. No se ha definido claramente de qué modo contribuyen el liderazgo y la rendición de cuentas al logro de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas. En los ámbitos en los que el plan va más rezagado -tétanos materno y neonatal y sarampión/rubéola- la coordinación tiene una importancia capital, pero es necesario también que haya una mayor rendición de cuentas si se pretende conseguir los objetivos enunciados en el Plan de acción mundial sobre vacunas.

Los países son los principales responsables de que se cumpla el Plan de acción mundial sobre vacunas, y el apoyo de los asociados técnicos debe siempre estar en consonancia con las estrategias y marcos de los países. Ahora bien, a muchos países podría beneficiarles contar con más ayuda de los asociados técnicos en la elaboración de sus marcos de rendición de cuentas. Así pues, los asociados tienen una importante función que desempeñar en el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas de que disponen los países, centrándose en reforzar el liderazgo y en mejorar los sistemas de salud.

Los asociados mundiales deben reforzar la rendición de cuentas en los países.

En el marco de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud por la que se adoptó el Plan de acción mundial sobre vacunas, se pidió a la OMS que promoviera la uniformización y la coordinación de las actividades mundiales de inmunización de todas las partes interesadas para apoyar el plan. Ahora que estamos en la mitad del decenio, los asociados mundiales —en particular el grupo central del Plan de acción mundial sobre vacunas, integrado por la OMS, el UNICEF, Gavi, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los EE.UU. — deberían armonizar sus actividades y contribuciones para avanzar en el logro de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas, tanto en lo que respecta a las metas relativas a determinadas enfermedades como en lo que respecta a la agenda de inmunización más general. La mejor manera de conseguir este objetivo es apoyar a los países para que mejoren sus sistemas sanitarios y de rendición de cuentas. Esto es precisamente lo que consigue la Alianza Gavi para las Vacunas mediante sus procesos de planes integrales plurianuales, que ofrecen un marco de rendición de cuentas y garantizan que los recursos se utilicen de forma eficaz para conseguir cambios en los sistemas de atención de la salud. Los asociados mundiales tienen capacidad para conseguir mucho, puesto que ofrecen recursos y apoyo técnico.

Esto es fundamental para garantizar que el apoyo a los países en la aplicación del Plan de acción mundial sobre vacunas durante la segunda mitad del Decenio de las Vacunas ejerza una acción transformadora y se aparte de los enfoques graduales y habituales observados hasta ahora.

El SAGE, que a través de su Grupo de trabajo sobre el Decenio de las Vacunas tiene la función crucial de evaluar los progresos hacia la consecución de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas, utilizará los informes de los asociados mundiales (sobre sus actividades de apoyo a los países para reforzar el liderazgo y la rendición de cuentas y sobre sus contribuciones al fortalecimiento de los sistemas de atención de la salud) y los informes de las regiones de la OMS sobre los progresos de los países como marco de futuros informes anuales hasta 2020.

7. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El Decenio de las Vacunas está en su punto medio, una fase crucial. Aunque en este informe se exponen razones para el optimismo, los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas no están en vías de cumplirse. Si los excelentes resultados obtenidos en algunos países —gracias al liderazgo y a la rendición de cuentas en todos los niveles— pueden replicarse, durante la segunda mitad del Decenio de las Vacunas se verán progresos mundiales en el Plan de acción mundial sobre vacunas.

EL SAGE RECOMIENDA LO SIGUIENTE:

Para mejorar la rendición de cuentas con el fin de lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas:

1. Los países cuentan con planes de acción nacionales en consonancia con el Plan de acción mundial sobre vacunas y los planes regionales pertinentes. Los Ministerios de Salud, Finanzas y otros de relevancia demuestran su liderazgo por medio de establecer un proceso anual de monitoreo y rendición de cuentas tanto a nivel nacional como subnacional. El monitoreo debe realizarse a través de un órgano independiente, por ejemplo el Comité Consultivo Nacional sobre Inmunización. Cada país deberá compartir su informe anual de monitoreo con las oficinas regionales de la OMS año tras año. Este informe debería incluir tanto un análisis de progreso como ejemplos de las mejores prácticas.
2. Una vez finalizados los planes de acción regionales sobre vacunas (a más tardar en diciembre de 2015), las oficinas regionales de la OMS deberán establecer un proceso de examen anual de los progresos a través de sus comités consultivos técnicos regionales y presentar informes anuales a los respectivos comités regionales. El primer examen anual deberá tener lugar durante el primer semestre de 2016 para aquellos países que ya cuentan con planes anuales consonantes con el Plan de acción mundial sobre vacunas y con los planes regionales pertinentes. Los informes de los comités regionales de la OMS deberán presentarse anualmente al SAGE como parte del proceso de examen mundial.
3. Los asociados para el desarrollo mundiales, regionales y nacionales deberán armonizar sus esfuerzos para ayudar a los países a fortalecer sus marcos de liderazgo y rendición de cuentas y a aplicar sus planes nacionales. Esta armonización debería incluir el reforzamiento o creación de mecanismos de coordinación entre los asociados a todo nivel.
4. Los organismos que integran la secretaría del Decenio de las Vacunas deberán presentar al SAGE en 2016 un informe sobre las actividades de apoyo realizadas en los 10 países donde viven la mayoría de los niños no vacunados e infravacunados. Este mecanismo de revisión anual debería incluir la discusión de estos informes en el seno de los grupos consultivos técnicos regionales.

Para subsanar las deficiencias en determinados ámbitos de la aplicación del Plan de acción mundial sobre vacunas relacionados con enfermedades específicas:

5. Dada la insuficiencia de los progresos para la eliminación del tétanos materno y neonatal así como el déficit de financiación relativamente pequeño, la OMS y el UNICEF deberán convocar una reunión de los asociados mundiales y los 21 países restantes para acordar un plan de acción, recursos y responsabilidades respectivas a fin de lograr

este objetivo a más tardar en 2017 y poner en marcha estrategias para mantener la eliminación en todos los países.

6. Los asociados para el desarrollo mundiales, regionales y nacionales deberán apoyar a los países para que consigan los recursos necesarios y cumplan sus objetivos de eliminación o control del sarampión y la rubéola. Para refinar los planes, para dar seguimiento y para reforzar su puesta en marcha, se debe tener en cuenta los resultados y las recomendaciones derivadas del examen del plan estratégico sobre el sarampión y la rubéola, a mitad de periodo que se celebrará en 2016, una vez que éste haya sido avalado por el SAGE.

Para mejorar la cobertura inmunitaria, especialmente en aquellos lugares donde viven muchos niños no vacunados o infravacunados:

7. Los asociados para el desarrollo mundiales, regionales y en el país deberán armonizar sus esfuerzos para ayudar a los países a inmunizar a más niños reforzando sus sistemas de prestación de atención de la salud, además de aplicar enfoques orientados a llegar a los niños que siempre escapan a la inmunización sistemática, especialmente en los países, o en los niveles subnacionales en países grandes, donde las tasas de vacunación son inferiores al 80%. Además, los asociados deberán proveer servicios a poblaciones desplazadas durante conflictos (tanto desplazados internos como refugiados).
8. La OMS deberá facilitar orientaciones a los países y asociados sobre la aplicación de los programas y estrategias de inmunización durante conflictos y perturbaciones crónicas.

Dado que el informe de evaluación del plan de acción mundial sobre vacunas de 2016 también servirá como la revisión de mitad de periodo del Decenio de las Vacunas, el SAGE recomienda que:

9. Este informe debería ser presentado al Foro Económico Mundial de Davos en el cual fue lanzada la iniciativa del Decenio de las Vacunas. El informe de 2016 deberá también resaltar aquellas actividades que son claves para el éxito a niveles mundial, regional y nacional.

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)
- Yagob Al-Mazrou, Secretario General del Consejo de Servicios de Salud del Reino de Arabia Saudita (Arabia Saudita)
- Alejandro Cravioto, Epidemiólogo principal, Global Evaluative Sciences, Seattle (EE.UU.) (a partir de febrero de 2015, anteriormente Investigador Jefe del Instituto Internacional de Vacunas, Seúl, República de Corea) (miembro del SAGE a partir de octubre de 2015)

EXPERTOS

- Fuqiang Cui, Profesor de epidemiología, Director Adjunto del Programa Nacional de Inmunización, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China
- Elizabeth Ferdinand, Profesora Asociada, University of the West Indies – Cave Hill (Barbados) (desde septiembre de 2014, anteriormente funcionario médico superior de salud y responsable del PAI (Barbados))
- Alan Hinman, Investigador superior en salud pública, Task Force for Global Health (EE.UU.)
- Stephen Inglis, Director del National Institute of Biological Standards & Control, Health Protection Agency (Reino Unido)
- Marie-Yvette Madrid, Consultora independiente, Ginebra (Suiza) (en sustitución de Shawn Gilchrist desde junio de 2014)
- Amani Mahmoud Mustafa, Gestor de Proyectos, Sudan Public Health Training Initiative, The Carter Center (Sudán) (a partir de mayo de 2014, anteriormente responsable del PAI, Ministerio de Salud, Sudán).
- Rebecca Martin, Directora, División de Inmunización Mundial, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EE.UU.)
- Rozina Mistry, Profesora y Directora de Cursos, Universidad Aga Khan (Pakistán)
- 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) (a partir de enero de 2014, anteriormente Director de Inmunización del Ministerio de Salud del Reino Unido y antiguo Presidente del SAGE de 2005 a 2010)
- Mary-Rose MacColl, consultora independiente

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 ASESORAMIENTO ESTRATÉGICO SOBRE INMUNIZACIÓN (SAGE)

- Jon Abramson (Presidente del SAGE), Director, Wake Forest University School of Medicine, Department of Pediatrics, (EE.UU.)
- Yagob Yousef Al-Mazrou, Secretario General, Saudi Health Council, Saudí Arabia
- Narendra Arora Kumar, Director, International Clinical Epidemiology Network, India
- Alejandro Cravioto, Epidemiólogo principal, Global Evaluate Sciences USA, Inc., (EE.UU.)
- Juhani Eskola, Director general, National institute for Health and Welfare (THL), Finlandia (miembro de SAGE hasta Octubre 2015)
- Ilesh Jani, Director general, Instituto Nacional de Saúde (National Institute for Health), Mozambique
- Jaleela Jawad, Director de la Vacunación; Public Health Directorate, Ministry of Health, Bahréin
- Kari Johansen, Experto en enfermedades prevenibles para vacunación, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Suecia
- Terry Nolan, Director, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Australia
- Kate O'Brien, Profesora, International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, (EE.UU.)
- Claire-Anne Siegrist, Directora, WHO Collaborating Centre for Vaccine Immunology, University Hospital of Geneva, Suiza
- Piyanit Tharmaphornpilas, Asesor Médico Senior, Disease Control, Ministry of Health, Tailandia
- Nikki Turner, Profesora asociada, Director, Immunisation Advisory Centre, University of Auckland, Nueva Zelanda
- Frederick Were, Dean, School of Medicine, University of Nairobi, Kenya
- Charles Shey Wiysonge, Profesor and Director Adjunto, Centre for Evidence-based Health Care, Stellenbosch University, Sudáfrica