

Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023

Erradicación, integración, certificación y contención



WHO/Polio/19.04

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

El presente informe refleja los resultados de un procedimiento llevado a cabo por las entidades asociadas a la IEMP: la organización Rotary International, la OMS, los Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Fundación Bill y Melinda Gates.

© Organización Mundial de la Salud 2019

Algunos derechos reservados. El presente trabajo se encuentra bajo licencia Creative Commons Attribution-NonCommercialShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es_ES).

De conformidad con las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo con fines no comerciales siempre y cuando lo cite adecuadamente según se indica a continuación. Sea cual sea el uso del presente trabajo no se sugerirá que la OMS promociona a ninguna organización, producto o servicio específicos. No se permite el uso del logotipo de la OMS. En caso de adaptar este trabajo, deberá obtener una licencia para la adaptación con arreglo a la misma licencia Creative Commons o similar. En caso de traducir el presente trabajo, deberá añadir el siguiente aviso junto con la traducción sugerida: «La presente traducción no ha sido realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido o la fidelidad de la presente traducción. La versión original en inglés se considerará la versión auténtica y vinculante».

Cualquier mediación relacionada con los conflictos que surjan en virtud de la licencia será llevada a cabo de conformidad con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Cita sugerida. Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023: Erradicación, integración, certificación y contención. Ginebra: OMS; 2019 (WHO/Polio/19.04). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Registro de Catalogación en Publicación (CIP). El registro CIP está disponible en <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=es&>.

Ventas, derechos y licencias. Para adquirir publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para solicitudes sobre uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/about/licensing/es/>.

Material de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo que se le atribuya a un tercero, como tablas, gráficos o imágenes, es su responsabilidad determinar si se requiere permiso para dicha reutilización y obtener la autorización del titular del copyright. El riesgo de reclamaciones derivadas del incumplimiento de cualquier componente en la obra propiedad de terceros recae exclusivamente en el usuario.

Mapas. Los límites y nombres, así como las denominaciones utilizadas en todos los mapas no implican ningún tipo de opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona o de sus autoridades, o relativa a la delimitación de fronteras o límites. Las líneas trazadas con puntos o guiones en los mapas representan unos límites fronterizos aproximados para las cuales es posible que todavía no exista un acuerdo pleno.

Avisos legales generales. Las denominaciones utilizadas en esta publicación y la presentación del material que aparece en la misma no implican ningún tipo de opinión por parte de la OMS en relación con la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona o de sus autoridades, o relativa a la delimitación de fronteras o límites. Las líneas trazadas con puntos o guiones en los mapas representan unos límites fronterizos aproximados para las cuales es posible que todavía no exista un acuerdo pleno.

La mención de empresas concretas o de algunos fabricantes de productos no implica que la OMS los promueva o recomiende frente a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por el uso de mayúsculas iniciales. La OMS ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía alguna de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y del uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS será responsable de los daños derivados de su uso.

Foto de portada: OMS, Jawad Jalali (Afganistán)

Impreso en Suiza

Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023

Erradicación, integración, certificación y contención

UNICEF



Índice

Preámbulo	v
Siglas y abreviaturas	vi
Resumen ejecutivo	1
Introducción	7
Objetivo 1: erradicación	11
1. Interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje	11
2. Detener los brotes de poliovirus circulante derivado de la vacuna: Prevención/preparación, detección y respuesta	16
Objetivo 2: integración	21
1. Contribuir al refuerzo de la inmunización y de los sistemas sanitarios para conseguir la erradicación de la poliomielitis y mantenerla	21
2. Asegurar una vigilancia sensible del poliovirus integrándola en los sistemas de vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación o enfermedades transmisibles	24
3. Prepararse y responder en caso de futuros brotes y emergencias	25
Objetivo 3: certificación y contención	29
1. Certificar la erradicación del poliovirus salvaje	29
2. Contención de todos los poliovirus	31
Aspectos que capacitar	35
Igualdad de género	35
Gobernanza y gestión	35
Investigación	36
Financiación	38
Preparación para la implementación de la Estrategia Posterior a la Certificación	43
Epidemiología actual	46
Anexo A	48
Anexo B	51
Anexo C	54
Anexo D	56
Anexo E	58
Anexo F	59

Preámbulo

«Llegar hasta el último niño» ha sido el principio rector de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) desde su fundación. Gracias al compromiso inquebrantable de países, colaboradores, organizaciones interesadas, donantes e innumerables trabajadores sanitarios de todo el mundo, actualmente el poliovirus salvaje sobrevive únicamente en zonas contadas de tan solo dos países.

Si echamos la vista atrás, el [Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013–2018](#) permitió al mundo alcanzar unos logros fundamentales para arrinconar la enfermedad, al perseguir paralelamente al poliovirus salvaje y al poliovirus circulante derivado de la vacuna. De la cadena de frío, a la vigilancia y el desarrollo de nuevas vacunas hasta el incremento de la colaboración por parte de la comunidad, los esfuerzos para erradicar la poliomielitis han contribuido a la innovación de los sistemas y las prácticas de inmunización.

Aunque hoy en día más de 18 millones de personas que de no ser por el programa habrían quedado paralizadas por la poliomielitis pueden caminar, todavía no hemos llegado a los cero casos, y nuestra misión de llegar hasta el último niño sigue siendo igual de urgente. Si nos detenemos ahora, en una década podría haber más de 200 000 nuevos casos anuales en todo el mundo. Sencillamente, la poliomielitis seguirá siendo un peligro para todos los niños del mundo hasta su erradicación.

La Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023 nos guiará a través de los últimos retos de la erradicación y preparará el terreno para un futuro libre de poliomielitis.

La Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023 parte de las lecciones aprendidas, al recopilar el conocimiento, las herramientas y los enfoques que el programa ha desarrollado en estos años. Esta estrategia es una revisión crítica y reflexiva que aborda los retos persistentes, prepara a los países para responder a desafíos inesperados que vayan surgiendo y aprovecha nuevas posibilidades, al mismo tiempo que seguimos adaptando las estrategias para derrotar al virus.

Tenemos unas herramientas para la erradicación que funcionan y hemos sentado unos cimientos sólidos gracias a los cuales un 99 % del mundo está libre de poliomielitis. La estrategia para 2019–2023 saca partido de estas herramientas y tácticas probadas a la vez que le otorga una nueva relevancia a la innovación: tecnológica, social, de gestión y de organización.

La estrategia para 2019–2023 demanda una mayor colaboración con otros agentes de la salud para reforzar los sistemas de inmunización y satisfacer las necesidades más generales de comunidades que necesitan, además de la vacuna antipoliomielítica, servicios básicos, como parte de un esfuerzo colectivo para orientar a los países afectados por la enfermedad hacia una cobertura sanitaria universal. Queremos combinar las mejores prácticas, las mejoras programáticas y las innovaciones de todos los socios, incluida la Alianza para Vacunas Gavi, los gobiernos y los agentes de la sociedad civil.

Con la implementación y financiación adecuadas, la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023 puede relegar la poliomielitis a los libros de historia. Pero, para conseguirlo, todos nosotros (países, IEMP, colaboradores, donantes, líderes de comunidades, padres, vacunadores...) debemos dedicarnos entera e irrevocablemente a un objetivo claro: un mundo libre de poliomielitis para todos los niños.

Por último, es un placer para nosotros poder decir que, al haber sido realizada a través de un procedimiento de consulta, la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023 incorpora contribuciones de todos ustedes, las organizaciones interesadas en la erradicación.

Esperamos que todos multipliquemos nuestros esfuerzos para la erradicación con una nueva urgencia, manteniendo un espíritu de colaboración, inversión e innovación. Juntos, podemos erradicar esta enfermedad con éxito de una vez por todas, y asegurar y mantener un logro decisivo para la humanidad: un mundo en el que ningún niño corra el riesgo de quedar paralizado por la poliomielitis.

Consejo de Supervisión de la Poliomielitis de la IEMP



Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General de la OMS y Presidente del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis en 2019



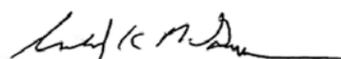
Chris Elias

Presidente de la División de Desarrollo Mundial de la Fundación Bill y Melinda Gates



Henrietta Fore

Directora Ejecutiva de UNICEF



Mike McGovern

Presidente del Comité Internacional de PolioPlus de Rotary International



Robert R. Redfield

Director de los Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades



Seth Berkley

Director Ejecutivo de la Alianza para Vacunas Gavi

Siglas y abreviaturas

ANC	Autoridad Nacional de Contención	IDSR	Vigilancia integrada de las enfermedades y respuesta
ASI	Actividad suplementaria de inmunización	IEMP	Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomieltis
bOPV	Vacuna antipoliomielítica oral bivalente	IEP	Instalación esencial de poliovirus
C4D	Comunicación para el Desarrollo	IMB	Junta de Seguimiento Independiente
CBV	Vacunación basada en la comunidad	IPV	Vacuna antipoliomielítica inactivada
CCI	Comité de Coordinación Interagencial	iVDPV	Poliovirus derivado de la vacuna asociado con inmunodeficiencia
CCS	Esquema de Certificación de Contención	LQAS	Muestreo por lotes para la garantía de la calidad
CDC	Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades	mOPV	Vacuna antipoliomielítica oral monovalente
CMC	Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis	mOPV1, 2, 3	Vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1, 2, 3
CNOE	Centro Nacional de Operaciones de Emergencia	MTR	<i>Midterm Review</i>
COE	Centro de Operaciones de Emergencia	NEAP	Plan Nacional de Acción de Emergencia
CPOE	Centro Provincial de Operaciones de Emergencia	NERICC	Centro Nacional de Coordinación de la Inmunización Sistemática de Emergencia
CRC	Comisión Regional de Certificación de Erradicación de Poliomieltis	nOPV	Nueva vacuna antipoliomielítica oral
CRTT	Grupo de Trabajo sobre los Riesgos Asociados al Cese	nOPV2	Nueva vacuna antipoliomielítica oral nueva de tipo 2
CSU	Cobertura sanitaria universal	OBRA	Evaluación de la respuesta ante un brote
cVDPV	Poliovirus circulante derivado de la vacuna	OMS	Organización Mundial de la Salud
cVDPV1	Poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 1	ONG	Organización no gubernamental
cVDPV2	Poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 2	OPV	Vacuna antipoliomielítica oral
cVDPV3	Poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 3	OSC	Organización de la sociedad civil
DTP3	Tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	PAI	Programa Ampliado de Inmunización
EPC	Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis	PCA	Cobertura de la campaña de vacunación
EPV	Enfermedad prevenible mediante vacunación	PCM	Seguimiento de la campaña de vacunación
ESPII	Emergencia de salud pública de importancia internacional	PEESP	Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomieltis y la Fase Final 2013–2018
GAPIII	Plan de Acción Mundial para Minimizar el Riesgo Asociado a las Instalaciones de Almacenamiento de Poliovirus (tercera edición)	PEI	Iniciativa para la Erradicación de la Poliomieltis
GPSAP	Plan de Acción Mundial para la Vigilancia de la Poliomieltis 2018–2020	PFA	Parálisis flácida aguda
GTC-CMC	Grupo de Trabajo sobre la Contención de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis	PIRI	Intensificación periódica de la inmunización sistemática
GVAP	Plan de Acción Mundial sobre Vacunas	POB	Consejo de Supervisión de la Poliomieltis
H2H	Casa por Casa	POLIS	Sistema de información sobre la poliomieltis
HSS	Refuerzo del sistema sanitario	POSE	Ejercicio de simulación de brotes de poliomieltis
ICN	Red de Comunicación sobre la Inmunización	PV2, 3	Poliovirus de tipo 2, 3
IDP	Desplazados internos	RATT	Grupo de Trabajo para la Evaluación de Riesgos
IDP	Inmunodeficiencias primarias	RES	<i>Reaching Every Settlement</i> (Llegar a cada asentamiento)
		RIC	<i>Reaching Inaccessible Children</i> (Llegar a menores inaccesibles)
		RMLA	Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos
		RRT	Equipo de Respuesta Rápida

RSI	Reglamento Sanitario Internacional	VA	Vigilancia ambiental
SAGE	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización	VAPP	Poliomielitis parálitica asociada con la vacuna
SIG	Sistema de información geográfica	VDPV	Poliovirus derivado de la vacuna
SNID	Día subnacional de inmunización	WASH	Agua, saneamiento e higiene
SOP	Procedimiento operativo estándar	WHE	Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
STOP	Programa <i>Stop Transmission of Polio</i>	WIISE	Sistema de Información sobre la Inmunización de la OMS
STT	Grupo de Trabajo de Vigilancia	WPV	Poliovirus salvaje
TAG	Grupo de Asesoramiento Técnico	WPV1	Poliovirus salvaje de tipo 1
TdR	Términos de referencia	WPV2	Poliovirus salvaje de tipo 2
tOPV	Vacuna antipoliomielítica oral trivalente	WPV3	Poliovirus salvaje de tipo 3
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia		



Los mayores problemas a los que se enfrenta la erradicación no son del tipo científico, biológico o virológico, sino que están relacionados con la reorientación de los esfuerzos hacia las realidades que actualmente impiden realizar intervenciones sanitarias críticas, así como la necesidad de reajustar la IEMP para que pueda cumplir su propósito y actuar de manera rápida, efectiva y eficiente, de forma que alcancemos este objetivo histórico.

RESUMEN EJECUTIVO

El mundo está a punto de alcanzar un logro histórico: la erradicación del poliovirus salvaje (WPV).

En 1988, cuando la Asamblea Mundial de la Salud declaró su compromiso con la erradicación y, con ese objetivo, se formó la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP), había 350 000 casos anuales de WPV en 125 países. A finales de 2018, solo se identificaron 33 casos, todos ellos en dos países colindantes (Afganistán y Pakistán).

El éxito de la IEMP es evidente. No solo ha conseguido arrinconar el WPV en determinados puntos geográficos del mundo, sino que también ha eliminado sucesivamente diferentes tipos de WPV. En 2015 se declaró la erradicación del WPV de tipo 2, el WPV de tipo 3 no se detecta desde 2012 y, aunque todavía no se ha podido detener del todo el WPV1, su incidencia se ha reducido en más del 90 % desde 2014 (ver **Anexo A**).

La promesa de un mundo libre de poliomielitis

En una declaración conjunta, los presidentes de organismos consultivos independientes, que proporcionan asesoramiento experto y supervisan la labor de la IEMP han afirmado sin miedo que: «No hay razón alguna para que la poliomielitis persista en ningún lugar del mundo»¹ Esta declaración se hace eco de la ambición particular de la IEMP, cimentada en una visión de igualdad en la sanidad global por la que ningún país ni ningún niño deberían estar en peligro por la poliomielitis. También refleja el principio más fundamental de la erradicación: llevar vacunas vitales hasta el último niño. Un principio que se ha demostrado que funciona, ya que se ha eliminado el virus en más de 200 países y territorios.

Riesgos que amenazan el éxito

Los mayores problemas a los que se enfrenta la erradicación no son de tipo científico, biológico o virológico, sino que están relacionados con la reorientación de los esfuerzos hacia las realidades que actualmente impiden realizar intervenciones sanitarias críticas, así como la necesidad de adaptar la IEMP para que pueda cumplir su propósito y actuar de manera rápida, efectiva y eficiente, de forma que alcancemos este objetivo histórico.

El primer reto subyacente en los últimos pasos hacia la erradicación del WPV es que la vacuna no llegue a todos los niños.

En los dos últimos países con casos registrados de transmisión del WPV el programa no ha conseguido inmunizar a todos los niños por diversas razones. A menudo, los trabajadores en primera línea se enfrentan al desafío que supone llegar a zonas de difícil acceso debido al aislamiento geográfico. Los desplazamientos y la migración masiva, en particular en la frontera entre estos dos países colindantes, también comprometen la capacidad del programa de acceder a los niños durante las actividades suplementarias de inmunización (ASI) y las campañas puerta por puerta. En Afganistán, el programa se encontró con prohibiciones de las campañas puerta por puerta en 2018, lo que agravó los problemas de accesibilidad. En Nigeria, hay zonas del estado de Borno que siguen siendo totalmente inaccesibles para los vacunadores. Además, en las zonas a las que sí llega el programa existen grupos cada vez mayores que rechazan la vacuna. Causas como la desinformación, la desconfianza, las creencias culturales, el cansancio o que tengan otras prioridades hacen que los cuidadores no permitan a los vacunadores realizar su labor.

La *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación 2019–2023* aborda los tres riesgos fundamentales que amenazan la erradicación mundial del WPV:

- 1. Inseguridad y conflicto:** Las regiones en las que persiste la poliomielitis a menudo se encuentran en conflicto. La inseguridad puede motivar que las familias se muden en masa a campos de refugiados o de desplazados internos (IDP). Tales movimientos pueden facilitar la accesibilidad, pero también suponen nuevos retos. En el caso de aquellos que se quedan, el conflicto en curso hace difícil, e incluso peligroso, el acceso de las intervenciones sanitarias críticas. En estas zonas, el programa debe proteger a los trabajadores sanitarios, que ponen rostro a la lucha por la erradicación de la poliomielitis en su esfuerzo por alcanzar a todos los niños.
- 2. Sistemas sanitarios débiles o frágiles:** A menudo, tanto los países endémicos como los no endémicos se ven afectados por la debilidad o fragilidad de sus sistemas sanitarios: las comunidades viven en una pobreza extrema y las familias no tienen acceso a servicios básicos. En este escenario, muchos grupos de niños no están bien inmunizados, o no lo están en absoluto, lo que implica un alto riesgo de circulación y de brotes de poliovirus importado y la emergencia del poliovirus derivado de la vacuna (VDPV). Al igual que en los países en los que el WPV es endémico, los brotes de VDPV suelen afectar a las comunidades más vulnerables, que se enfrentan a cambios constantes y no consideran importante la vacunación antipoliomielítica.

¹ Ver *To succeed by 2023 – Extraordinary joint statement to polio eradicators*, emitido por los presidentes del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE), la Junta de Seguimiento Independiente (IMB), el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CMC) el 23 de enero de 2019 (<http://polioeradication.org/news-post/to-succeed-by-2023-extraordinary-joint-statement-to-polio-eradicators/>).

3. Riesgos relacionados con las operaciones, la gestión y los recursos: El programa también se enfrenta a riesgos internos a la hora de asegurar que la IEMP puede cumplir su propósito. Por ejemplo, en su capacidad para mantener una postura de emergencia, su flexibilidad en la toma de decisiones, su habilidad para alcanzar un rendimiento sostenido con responsabilidades claras y una total transparencia, y su aptitud para conseguir que el programa tenga la misma calidad en todas partes al mismo tiempo. Aunque el programa se ha beneficiado del gran compromiso de los escalafones más altos de gobierno, los responsables en todos los niveles se enfrentan a diversas prioridades contrapuestas en las zonas de riesgo de transmisión del poliovirus. Los riesgos operacionales relacionados con la obtención de los recursos necesarios (apoyo económico, reservas y suministro de vacunas y recursos humanos) siguen siendo críticos para el éxito de la IEMP.

Qué conllevará

La intención de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomiélitis 2019–2023 no es reemplazar el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final (PEESP)*, ya que los cuatro objetivos y las estrategias principales para conseguir la erradicación han demostrado ser eficaces en todo el mundo². Esta estrategia analiza qué actividades deben continuar, qué mejoras se deben implementar y qué innovaciones hay que introducir para asegurar que la IEMP se enfrenta con éxito a los riesgos de la erradicación (ver **Tabla 1** e **Imagen 1**).

La estrategia también sirve de apoyo al Plan de Acción Estratégico sobre la Transición relativa a la Poliomiélitis y como puente hacia la Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (EPC)³. De esta forma, prepara el terreno tanto para la transición, ya en marcha en los países libres de poliomiélitis, como para el período posterior a la certificación de un mundo libre de poliomiélitis, todavía por conseguir.

Tabla 1. Objetivos de la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomiélitis 2019–2023

Objetivo 1: Erradicación	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de la transmisión de todos los poliovirus salvajes (WPV) • Acabar con todos los brotes de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) en los 120 días posteriores a su detección y eliminar el riesgo de futuros VDPV
Objetivo 2: Integración	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir al refuerzo de la inmunización y de los sistemas sanitarios para conseguir la erradicación de la poliomiélitis y mantenerla • Asegurar una vigilancia sensible del poliovirus integrándola en los sistemas de vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV) o enfermedades transmisibles • Prepararse y responder en caso de futuros brotes y emergencias
Objetivo 3: Certificación y contención	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de la erradicación del WPV • Contención de todos los poliovirus

Fuente: OMS.

Elementos fundamentales

La Imagen 1 muestra las actividades fundamentales que realizará el programa de 2019 a 2023 en todos los objetivos y aspectos que capacitar. El programa mantendrá muchas de las actividades que han probado ser eficaces para la interrupción del WPV, pero realizando los ajustes necesarios e implementando nuevas innovaciones.

Innovaciones esenciales para centralizar los esfuerzos en países endémicos y proporcionar apoyo en la prevención y detención de brotes en la región del Mediterráneo Oriental y África:

- *Plataforma de Afganistán-Pakistán:* Se está estableciendo una plataforma de colaboración en la región del Mediterráneo Oriental para consolidar el apoyo a las Iniciativas Nacionales para la Erradicación de la Poliomiélitis de Afganistán y Pakistán en sus planes estratégicos y en la implementación de Planes Nacionales de Acción de Emergencia (NEAP), en colaboración con los Centros Nacionales y Subnacionales

² Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final 2013-2018. Ginebra: OMS; 2013 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_EN_A4.pdf).

³ Plan de Acción Estratégico sobre la Transición relativa a la Poliomiélitis. Ginebra: OMS; 2018 (<https://www.who.int/polio-transition/strategic-action-plan-on-polio-transition-may-2018.pdf>), e Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

de Operaciones de Emergencia (COE). Esta plataforma garantizará una mejor coordinación entre todos los países del bloque epidemiológico y dentro de cada país. El esfuerzo centralizado de la plataforma incrementará las capacidades técnicas y analíticas, proporcionará flexibilidad a la rotación del personal y facilitará una acción en tiempo real y basada en datos.

Imagen 1. Resumen de los elementos fundamentales de la estrategia

		Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023				
		C O N T I N U A R	M E J O R A R	I N N O V A R		
<p>Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013–2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar e interrumpir la transmisión de todos los poliovirus 2. Reforzar los sistemas de inmunización y retirar la vacuna antipoliomielítica oral 3. Contener el poliovirus y certificar la interrupción de la transmisión 4. Planificación de la sucesión 	<p>Objetivo 1: erradicación</p> <p>Campañas de inmunización</p> <p>Gestión de reservas</p> <p>Vigilancia ambiental y de la PFA</p>	<p>Participación de la comunidad</p> <p>Responsabilidad y gestión constructiva</p> <p>Capacidad inmediata</p> <p>Red de vigilancia ambiental ampliada</p> <p>Comunicación de la erradicación</p>	<p>Plataforma regional para apoyar a los equipos de los países endémicos</p> <p>Grupos de edad más amplios en las ASI</p> <p>Compromiso de agentes para el desarrollo y humanitarios para satisfacer las necesidades básicas de la comunidad</p> <p>Equipos de Respuesta Rápida a brotes</p> <p>Inversión en antivirales y nuevas IPV</p>	<p>Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis</p> <p>Detección y respuesta</p> <p>Detectar rápidamente cualquier poliovirus en humanos o en el ambiente y responder rápidamente para prevenir la transmisión</p> <p>Protección de la población</p> <p>Retirar la vacuna antipoliomielítica oral con virus vivos atenuados (OPV) e inmunizar a la población con la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) para evitar la reaparición de cualquier tipo de poliovirus</p> <p>Contención de los poliovirus</p> <p>Asegurar que se contienen correctamente o eliminan las posibles fuentes de poliovirus</p>		
	<p>Objetivo 2: integración</p> <p>Inclusión de las bOPV y IPV en las agendas de inmunización nacionales</p>	<p>Integración de la vigilancia de la poliomielitis en la vigilancia de las EPV</p> <p>Compromiso con la OSC para llegar mejor a las comunidades</p> <p>Administración conjunta y mejor coordinación entre las ASI de la poliomielitis y las de otras EPV</p>	<p>Estrategia de responsabilidad conjunta con Gavi y otros socios por la inmunización para una colaboración sistemática</p> <p>MDE formal entre el programa de emergencias de la OMS y la IEMP para compaginar las respuestas ante emergencias y brotes</p> <p>Inclusión de la recuperación/ el refuerzo de los sistemas de inmunización en todas las respuestas a brotes</p> <p>Sistemas de datos homogeneizados: POLIS y WIISE</p>			
	<p>Objetivo 3: certificación y contención</p> <p>Procesos de certificación</p> <p>Proceso de certificación de las instalaciones esenciales de poliovirus</p> <p>Análisis e inventarios de contención nacionales y pautas para los inventarios</p>	<p>Orientación sobre la contención</p> <p>Comunicaciones (incluidos los planes de VDPV)</p> <p>Métricas de los datos de calidad</p>	<p>Introducción de vacunas con cepas genéticamente estables para eliminar la necesidad de utilizar y contener poliovirus vivos</p>			
	<p>Aspectos que capacitar</p> <p>Aumento del número de mujeres en los equipos y su liderazgo en todos los niveles</p>	<p>Promoción de la rotación de personal y los paquetes de incentivos</p> <p>Apoyo centrado en las actividades de transición de la poliomielitis</p>				

PFA: Parálisis flácida aguda; ASI: Actividad suplementaria de inmunización; bOPV: Vacuna antipoliomielítica oral bivalente; EPV: Enfermedades prevenibles mediante vacunación; OSC: Organización de la sociedad civil; MDE: Memorándum de entendimiento; IEMP: Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis; POLIS: Sistema de información sobre la poliomielitis; WIISE: Sistema de Información sobre la Inmunización de la OMS; VDPV: Poliovirus derivado de la vacuna.

Fuente: OMS.



UNICEF

- *Asociaciones más amplias:* El programa colaborará desde dentro del sector sanitario y más allá de él, a través de esfuerzos para el desarrollo (p. ej. sanidad, nutrición y agua, saneamiento e higiene [WASH]) y la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales [ONG] y organización de la sociedad civil [OSC]) hasta incrementar la demanda de inmunización por parte de la comunidad y proporcionar una mayor cobertura sanitaria en zonas endémicas. La IEMP se asociará de forma más amplia con otros agentes para salud pública, incluyendo la Alianza Gavi, para ayudar a mantener la erradicación mediante el refuerzo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), particularmente en otros países de alto riesgo y en zonas vulnerables que pueden sufrir una propagación tras una importación de WPV o una emergencia de VDPV. Colaborar con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (WHE), la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial y otras redes de emergencia más amplias incrementará la capacidad y eficacia de las respuestas a brotes de poliomielitis. En los países no endémicos en los que la IEMP siga teniendo una gran presencia su infraestructura se canalizará para respaldar totalmente el programa nacional del PAI, con el objetivo inmediato de aumentar la cobertura de la inmunización y minimizar el riesgo de brotes de cVDPV, y el objetivo a largo plazo de reforzar el sistema sanitario y desarrollar la capacidad local.
- *Equipos de Respuesta Rápida:* Para aumentar la velocidad y eficacia de las respuestas a brotes de poliomielitis, la IEMP ha creado un Equipo de Respuesta Rápida mundial con la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Ginebra, y establecerá un Equipo de Respuesta Rápida (RRT) multiagencia similar para África. Este RRT estará formado por personal experimentado de la IEMP y dedicado a proporcionar asistencia rápida en caso de cualquier evento de poliomielitis en la región. Además, la IEMP seguirá identificando y capacitando a un amplio abanico de expertos en los países de alto riesgo que puedan responder con rapidez a brotes en su país o en países cercanos. El RRT también ayudará a prevenir más brotes apoyando los esfuerzos por reforzar los sistemas de inmunización nacionales.

Otras actividades destacadas que se modificarán como parte de la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023:

- mejora de la calidad de las campañas;
- planes de acción dedicados para zonas subnacionales de alto riesgo;
- actualización de la estructura de gestión y ampliación del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis (POB) de la IEMP, con la inclusión de la Alianza Mundial para Vacunas Gavi;

- ampliación del número de vacunadores de poliomielitis para incrementar la demanda de inmunización básica y otros servicios sanitarios a nivel de la comunidad; y
- mayor contextualización de las estrategias dentro de los NEAP para adaptar estrategias de éxito a desafíos locales específicos.

Ante todo, la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023* refleja la urgencia de erradicar la poliomielitis, al haber sido esta declarada emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en 2014 de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). La confirmación de su condición de ESPII señala la importancia de la erradicación como objetivo de salud mundial y asunto de seguridad sanitaria mundial.

Presupuesto y financiación

En septiembre de 2018, la POB aprobó un presupuesto plurianual que establece los recursos necesarios para la IEMP de 2019 a 2023. El presupuesto total de la IEMP es de 4 200 millones de USD e incluye unos costes adicionales de 3 270 millones de USD (fuera de lo que se obtuvo para 2013-2019) que deben movilizarse para alcanzar la erradicación y la certificación. Se necesitarán 935 millones de USD más fuera del presupuesto de la IEMP para asegurar un suministro continuado de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) hasta 2023 (814 millones de USD) y para establecer unas reservas de vacuna antipoliomielítica oral (OPV) para 2023 (121 millones de USD) que poder usar en caso de brotes tras la certificación y la retirada de mundial de la OPV. La suma de los presupuestos de la IPV, la OPV y la IEMP elevan el coste total de la estrategia a 5100 millones de USD. Los socios de la IEMP se han comprometido a sensibilizar y recaudar los recursos necesarios para financiar esta estrategia.

Siguientes pasos

La *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación 2019–2023* se abordará durante la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019. El Comité de la Estrategia comenzará a planear la implementación y a seguir su progreso. Mientras la IEMP se acerca a cada objetivo, se organizará una revisión de mitad de ciclo en 2021 para evaluar la estrategia y asegurar una planificación de la transición tranquila y un avance prudente hacia el período posterior a la certificación.

El objetivo de la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023 es abordar los riesgos persistentes, aprovechar las mejores prácticas, introducir mejoras que tendrán impacto en estos últimos pasos y ofrecer innovaciones que, en su conjunto, pueden conseguir y mantener la erradicación del WPV y detener los brotes de poliovirus derivados de la vacuna.



INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El *Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final* (PEESP) abordaba el período 2013-2018 del programa de la IEMP.⁴ Este plan identificó cuatro objetivos para alcanzar la erradicación: (1) detectar e interrumpir la transmisión de todos los poliovirus; (2) reforzar los sistemas de inmunización y retirar la OPV; (3) contener el poliovirus salvaje y certificar la interrupción de la transmisión; y (4) comenzar a planificar una transición responsable de los esfuerzos para la erradicación de la poliomiélitis.

Los logros de la IEMP bajo el PEESP son extraordinarios:

- el poliovirus salvaje de tipo 2 (WPV2) se declaró erradicado en 2015;
- el poliovirus salvaje de tipo 3 (WPV3) no se detecta desde noviembre de 2012, por lo que es muy probable que se haya interrumpido su circulación en todo el mundo;
- desde 2013 se ha producido una reducción general de los casos por poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1):
 - el WPV no se detecta fuera de los tres países endémicos desde 2014;
 - el WPV no se detecta fuera de Afganistán/Pakistán desde 2016; y
- se ha conseguido controlar un brote importante de poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 2 (cVDPV2) en la República Árabe Siria a pesar de la guerra en curso.

El PEESP fue actualizado en una revisión de mitad de ciclo (*Midterm Review*) en 2015, y la erradicación se pospuso hasta 2019 debido a la circulación persistente del WPV1.⁵

Contexto epidemiológico actual

A principios de 2019, Afganistán y Pakistán son los dos únicos países donde se sigue registrando una transmisión del WPV. La vigilancia ambiental (VA) y la secuenciación de ADN han revelado que el WPV1 persiste en dos rutas que cruzan las fronteras de Pakistán y Afganistán: una en el norte y otra en el sur. Esta evidencia del virus sugiere que, aunque el WPV1 persiste en Afganistán y Pakistán, estos dos países están tan estrechamente relacionados que constituyen un solo bloque epidemiológico. Por lo tanto, necesitan enfrentarse a los desafíos pendientes de forma coordinada para interrumpir la transmisión simultáneamente.

En Nigeria no se han detectado casos desde septiembre de 2016. Una vez la red de vigilancia sea lo suficientemente sensible y amplia como para poder confirmar con certeza la interrupción en Nigeria y el lago Chad (y de forma general en toda la región), se podrá certificar que la región de África está libre de WPV.

La IEMP debe hacer frente a una doble emergencia: la interrupción del WPV1 y la detención de los brotes de VDPV, cepas raras que han mutado genéticamente a partir del poliovirus de una OPV. Para la certificación mundial de la erradicación del WPV son necesarios al menos tres años sin detección de un aislado de WPV con una vigilancia que siga los estándares de certificación.⁶ Debido a que el cese de la OPV tendrá lugar aproximadamente al año de la certificación mundial de la erradicación del WPV1, la ausencia de brotes de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) se verificará por separado y como parte de los pasos sucesivos que se tomarán para alcanzar y mantener un mundo libre de poliomiélitis (véase el **Anexo A**).

Objetivo

El objetivo de la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomiélitis 2019–2023 es abordar los riesgos persistentes, aprovechar las mejores prácticas, introducir mejoras que tendrán impacto en estos últimos pasos y ofrecer innovaciones que, en su conjunto, pueden conseguir y mantener la erradicación del WPV y detener los brotes de cVDPV. Esta estrategia parte del PEESP, reconduciendo la IEMP hacia las realidades que actualmente impiden que se lleven a cabo la inmunización, la vigilancia y otras intervenciones sanitarias, y ajustándola para que pueda actuar de forma rápida, efectiva y eficiente.

Alcance

La *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomiélitis 2019–2023* es de nivel avanzado y se centra en países y zonas endémicas, con brotes o de alto riesgo (véase el **Anexo B**). Se dirige a una variedad de organizaciones interesadas, incluyendo entidades colaboradoras, líderes nacionales y regionales y donantes. La estrategia no es un plan de acción. Los planes de implementación a nivel nacional en los países endémicos se encuentran en los Planes Nacionales de Acción de Emergencia (NEAP) desarrollados por las iniciativas nacionales para la erradicación de la poliomiélitis (PEI).

⁴ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final 2013-2018. Ginebra: OMS; 2013 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_EN_A4.pdf).

⁵ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Polio Eradication & Endgame Midterm Review. Ginebra: OMS; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-MTR_July2015.pdf).

⁶ Para más información sobre la vigilancia según los estándares de certificación, véase la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Surveillance Indicators/Indicadores de vigilancia [sitio web] (<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/surveillance-indicators/>).



Mujeres voluntarias e impulsoras de la comunidad distribuyen mosquiteras en el estado de Kano, Nigeria, como parte de sus visitas a comunidades locales para iniciar un diálogo sobre el valor de la inmunización de la poliomielitis.

UNICEF

Las actividades para lograr los tres objetivos de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023* (erradicación, integración y certificación/contención) están estrechamente relacionadas entre sí. Las actividades dirigidas a reforzar la inmunización, que se encuentran bajo el objetivo de la integración, ayudarán también a alcanzar la erradicación y mantener un mundo libre de poliomielitis cuando se registre la última aparición del virus. De la misma forma, el trabajo para asegurar que las poblaciones a las que alcancen las campañas de la poliomielitis tengan acceso a otros servicios básicos fundamentales, como agua potable, saneamiento y nutrición, contribuirán a la erradicación, pero requerirán una integración con otros programas, como los de nutrición, el WASH y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Los esfuerzos por reforzar la gobernanza y la gestión están diseñados para mejorar la postura de emergencia de la IEMP y afectan a la eficiencia y eficacia de múltiples ámbitos del programa.

Para desarrollar la estrategia se consultó con las organizaciones interesadas de la erradicación de la poliomielitis y los equipos de inmunización, donantes, colaboradores, colegas regionales y otras iniciativas para la salud, así como con el Consejo Ejecutivo de la OMS y el POB. (Véase el **Anexo C** para una lista de las organizaciones interesadas involucradas).

Por último, el desarrollo de la estrategia de 2019–2023 tuvo lugar al mismo tiempo que el de otras dos estrategias para la salud mundial: Gavi 5.0 y el plan de inmunización pos-2020, que constituye una revisión del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP). La aparición simultánea de estas tres estrategias decisivas para la salud mundial proporciona la oportunidad única de alcanzar el tipo de sinergias que se mencionan en el objetivo de integración de esta estrategia, mediante una colaboración y eficacia mejoradas con las que lograr un impacto más amplio.

Imagen 2. Línea temporal del plan estratégico de la IEMP



OPV: Vacuna antipoliomielítica oral; IEMP: Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis; WPV: Poliovirus salvaje; GVAP: Plan de Acción Mundial sobre Vacunas; IVB: Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos.

Fuente: OMS.

La IEMP abordará los retos constantes que han ralentizado el progreso hacia la interrupción de la transmisión del WPV. Para ello, mantendrá las estrategias principales, desarrollará las mejores prácticas y adoptará más enfoques innovadores, concentrándose en las zonas geográficas con estrategias individualizadas para cada subdistrito, comunidad o calle en riesgo.



Objetivo 1: erradicación

METAS

El objetivo final de la IEMP es conseguir un mundo en el que el poliovirus no vuelva a paralizar a ningún niño. Para lograrlo, las metas principales de la erradicación son:

1. interrumpir la transmisión de todos los WPV; y
2. detener todos los brotes de cVDPV en los 120 días posteriores a su detección y eliminar el riesgo de que emerjan más VDPV.

1. INTERRUMPIR LA TRANSMISIÓN DEL POLIOVIRUS SALVAJE

Retos y soluciones

La IEMP abordará los retos constantes que han ralentizado el progreso hacia la interrupción de la transmisión del WPV. Para ello, mantendrá las estrategias principales para interrumpir la transmisión del WPV (p. ej. la vigilancia de la parálisis flácida aguda [PFA] y la VA, el suministro de las vacunas antipoliomielíticas mediante actividades suplementarias de inmunización [ASI] y el PAI), pero desarrollará las mejores prácticas y adoptará más enfoques innovadores, concentrándose en las áreas geográficas con estrategias individualizadas para cada subdistrito, comunidad o calle en riesgo.

En Pakistán y Afganistán, lo esencial para interrumpir la transmisión del WPV es conseguir de forma simultánea una gran cobertura en al menos cinco ASI consecutivas en todas las reservas principales de poliovirus del bloque epidemiológico. En Nigeria/el lago Chad, la cobertura de la vacuna antipoliomielítica es fundamental, pero para alcanzar la certificación de la erradicación del WPV se necesitan estrategias de vigilancia más específicas que garanticen que los esfuerzos para interrumpir la transmisión del WPV han tenido éxito.

Entre los retos principales y las soluciones propuestas para interrumpir la transmisión del WPV se encuentran:

RETO 1:

Garantizar un enfoque de emergencia

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) declaró la poliomielitis emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en 2014, como resultado de la propagación internacional de poliovirus en varios países libres de poliomielitis tras más de dos décadas de esfuerzos por su erradicación.⁷ Como respuesta, la IEMP ha centrado sus equipos y recursos en respaldar a los países endémicos a través de los Centros Nacionales de Operaciones de Emergencia (CNOE).

Los casos de WPV se han reducido considerablemente y desde 2014 no ha tenido lugar una propagación internacional. Sin embargo, el WPV sigue circulando en Afganistán y Pakistán, y la IEMP debe hacer frente a una doble emergencia: interrumpir la transmisión del poliovirus y detener los brotes cVDPV (véase el **Objetivo 2. Detener los brotes de poliovirus circulante derivado de la vacuna**).

La persistencia tanto del virus salvaje como del circulante ha dado lugar a obstáculos a la hora de mantener la urgencia y el enfoque de emergencia. Los desafíos han incluido mantener la motivación y la captación de equipo, garantizar la financiación y conservar el compromiso político. Aunque el control de los esfuerzos por la erradicación de la poliomielitis por parte de los gobiernos nacionales (el precepto fundamental del programa mundial) sigue siendo alto en los países endémicos, los líderes políticos nacionales y subnacionales están a cargo de numerosas prioridades decisivas, como los desastres o los brotes de otras enfermedades (como el ébola), las necesidades de desarrollo a largo plazo o la inestabilidad política.

Soluciones

Impulsar el compromiso de mantener una postura de emergencia al:

- desplegar personal de implementación adicional asociado a la IEMP en las regiones y países endémicos y reestructurar el gobierno y la supervisión para que la toma de decisiones se realice desde puntos más cercanos a las regiones endémicas. Esto incluirá centrar la gestión operacional y la asistencia técnica de la alianza en el apoyo a Pakistán y Afganistán mediante una plataforma que coordine la actividad en las rutas de transmisión entre estos países (véase la sección **Gobernanza y gestión**);
- priorizar los marcos de responsabilidad para que la implementación del programa se produzca a todos los niveles, especialmente al subnacional; y
- seguir la estela de la declaración de la poliomielitis como ESPII y dar visibilidad a una emergencia mundial que necesita una acción multinacional urgente. Aunque la transmisión del WPV se ha limitado a dos países desde 2016, la posibilidad de que se propague de forma internacional sigue representando una amenaza para la salud pública a nivel mundial.

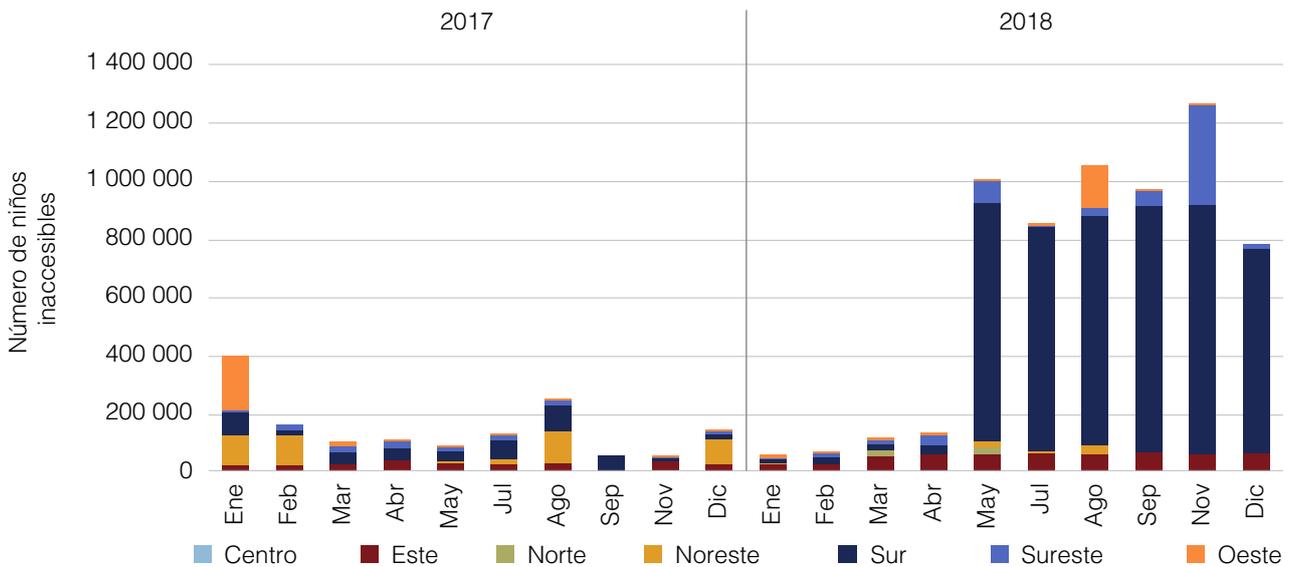
⁷ Declaración de la OMS en la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional respecto a la propagación internacional del poliovirus salvaje. Ginebra: OMS; 2014 (<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/en/>).

RETO 2

Superar la inaccesibilidad, la inseguridad y los conflictos en activo

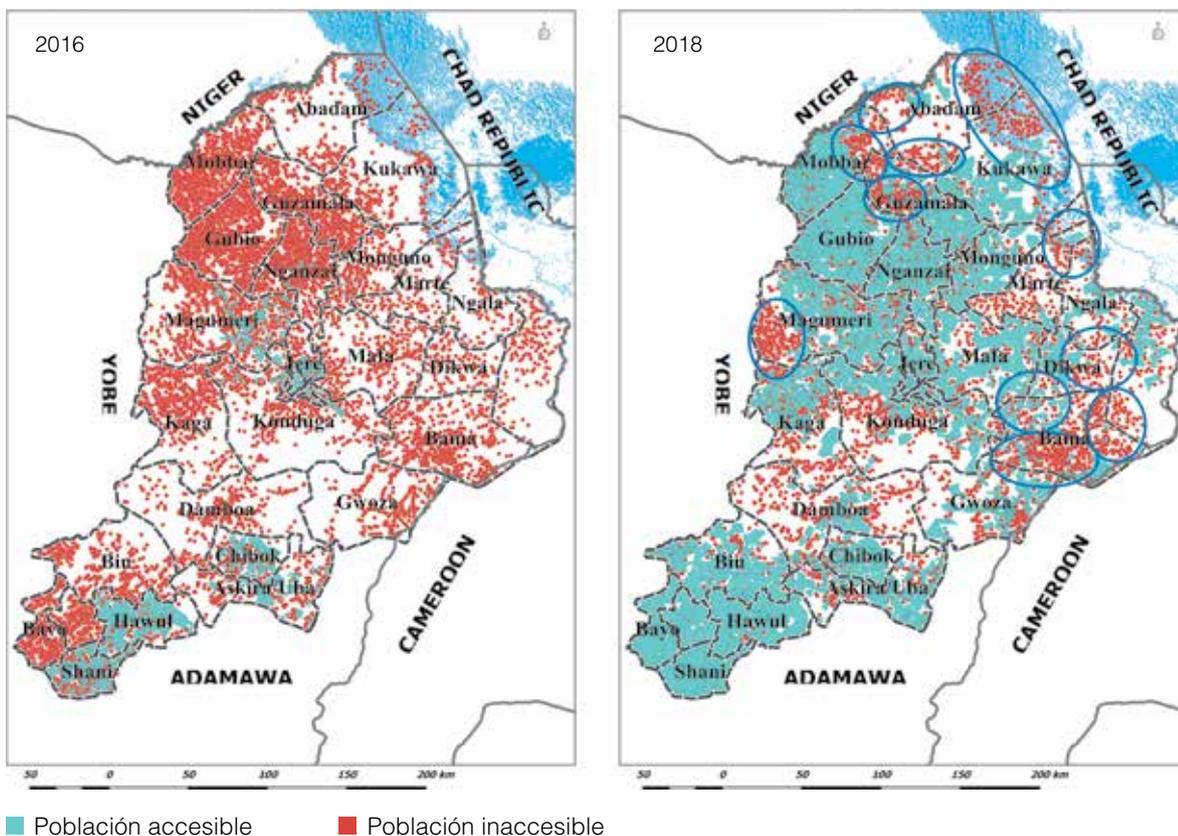
La inseguridad y el conflicto suponen un desafío a la hora de llevar a cabo la vacunación, la vigilancia y el seguimiento y gestión del programa mientras se garantiza la seguridad del trabajador en primera línea. Las situaciones de inseguridad necesitan unas estrategias de difusión que se adapten a los cambios constantes de las condiciones de accesibilidad y al aislamiento social o geográfico. El número de niños inaccesibles en Afganistán ha incrementado notablemente desde mayo de 2018, en particular en las zonas donde se han prohibido los programas casa por casa (véase la **Imagen 3**). En el estado de Borno, en Nigeria, las nuevas estrategias han hecho posible llegar a más poblaciones (véase la **Imagen 4**). Sin embargo, el acceso a muchas zonas del norte del país/el lago Chad es poco frecuentemente, por lo que estas todavía carecen de un registro coherente.

Imagen 3. Niños inaccesibles en Afganistán por región, 2017 y 2018



Fuente: Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Afganistán. Presentación ante el Grupo de Asesoramiento Técnico, enero de 2019.

Imagen 4. Poblaciones inaccesibles en Borno, Nigeria, agosto de 2016 y diciembre de 2018



Nota: Los círculos azules representan grupos de zonas inaccesibles con alta probabilidad de estar habitadas.
Fuente: Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Nigeria.

Soluciones

Garantizar la máxima seguridad de los trabajadores en primera línea e incrementar el acceso a zonas inaccesibles al:

- generarla voluntad política suficiente entre todas las partes en zonas endémicas a través de una estrategia de sensibilización avanzada implementada bajo el liderazgo del POB;
- desarrollar lecciones aprendidas para ajustarse o adaptarse rápidamente en el terreno a las condiciones cambiantes a la hora de implementar estrategias de difusión (véase el panel); e
- impulsar la vigilancia asegurando que sigue las directrices establecidas para la implementación de la vigilancia de la poliomielitis en las zonas y poblaciones de difícil acceso.⁸

RETO 3:

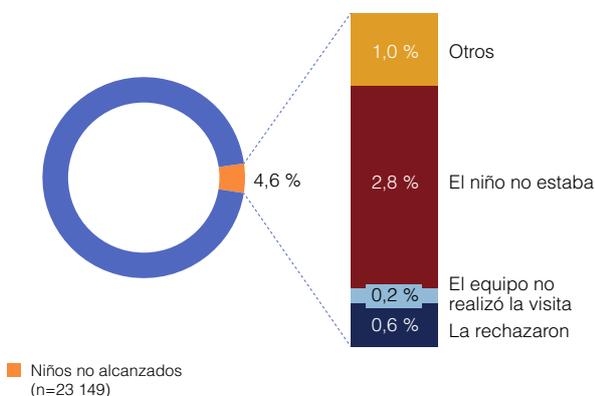
Llegar a niños a los que nunca se alcanza y a niños mal inmunizados

La transmisión del WPV en Pakistán y Afganistán, que se ha detectado mediante casos de PFA y muestras ambientales positivas, indica que la inmunización general de la población no ha sido lo suficientemente alta de forma constante como para alcanzar la interrupción, ni siquiera en las zonas accesibles. El seguimiento de las campañas de vacunación ha demostrado que, aunque la calidad de las ASI ha aumentado, la cobertura no se ha mantenido en niveles superiores al 95 % en todas las reservas principales de poliomielitis. En 2018, los informes indicaban que la proporción de niños que no recibe la vacuna (incluso después de un seguimiento continuado) sigue siendo del 6 % en las zonas de mayor riesgo de Pakistán y de alrededor del 4 % en zonas de alto riesgo accesibles de Afganistán.

Las razones por las que no se está llegando a estos niños tienen su origen en diferentes factores: vacíos en la calidad de las ASI, problemas para alcanzar a poblaciones que están constantemente en movimiento y rechazo directo o indirecto (véase la **Imagen 5**).

Imagen 5. Razones por las que no se alcanzó a niños en las regiones de mayor riesgo en zonas accesibles de Afganistán y Pakistán, 2018

Cobertura de la campaña de vacunación en Afganistán
Total de niños estimado (n=509 728)

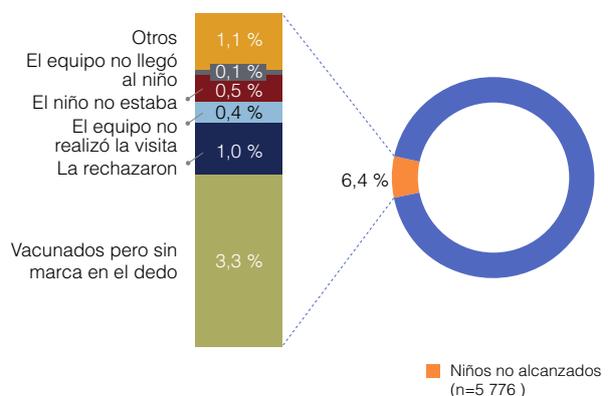


LECCIONES APRENDIDAS SOBRE LAS ZONAS NO SEGURAS E INACCESIBLES

A menudo, la planificación a nivel nacional ha estado a la cabeza en la innovación necesaria para alcanzar niños y familias en zonas poco seguras. Los equipos nacionales han desarrollado gran variedad de estrategias:

- en Afganistán, se ha optimizado la flexibilidad en las negociaciones y se han llevado a cabo innovadoras estrategias de contingencia, como realizar la vacunación por emplazamiento hasta que se permitan las campañas casa por casa;
- en Pakistán, se han ampliado los equipos de vacunación basada en la comunidad (CBV) y se ha colaborado con los cuerpos de seguridad para garantizar la seguridad de los trabajadores en primera línea y obtener el acceso necesario para realizar el seguimiento; y
- En Nigeria/el lago Chad se han ampliado las estrategias de difusión, incluidas las campañas casa por casa y las intervenciones *Reaching Every Settlement* y *Reaching Inaccessible Children* con el objetivo de tener al menos tres puntos de contacto en todas las poblaciones.

Seguimiento de la campaña de vacunación en Afganistán
Total de niños estimado (n=90 292)



PCA: Seguimiento de la campaña de vacunación; PCM: Seguimiento de la campaña de vacunación.

Nota: «Vacunados pero sin marca en el dedo» se basa en la información proporcionada por el tutor. Al no poder ser validada, el niño se clasifica como no alcanzado.

Fuentes: Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Pakistán. Plan Nacional de Acción de Emergencia para la Erradicación de la Poliomielitis 2018/2019. Islamabad: CNOE; septiembre de 2018 y Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Afganistán. Presentación ante el Grupo de Asesoramiento Técnico, enero de 2019.

⁸ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Ginebra: OMS; 2018.

Los vacíos operativos, como microplanos inadecuados, han sido relacionados con deficiencias en la gestión, la supervisión y la responsabilidad. Las dificultades para monitorizar y vacunar a las poblaciones en movimiento, en particular entre las fronteras, y para realizar un seguimiento de los niños que no están en casa durante las campañas han amplificado estos problemas.

La mayoría de los padres accede a vacunar a sus hijos, pero cuando hay rechazos estos suelen concentrarse en comunidades en las que persiste la transmisión. Aunque se puede hacer más para identificar las razones que conducen al rechazo de la vacuna antipoliomielítica, las entrevistas a grupos de discusión locales y algunos indicios indican que las comunidades que sufren de carencias y pobreza extremas expresan cansancio ante las repetidas ASI, consideran la vacuna antipoliomielítica poco importante respecto a sus necesidades básicas y desconfían del gobierno.⁹

Soluciones

Aumentar el impacto de las ASI al:

- implementar planes de acción basada en datos y marcos de responsabilidad en cada una de las reservas principales y subzonas de alto riesgo. Además de NEAP y planes provinciales clave se desarrollarán planes de actuación en cada distrito con muestras de VA positivas o que son una fuente de intensificación del poliovirus. La detección de nuevas muestras de VA positivas se tratará con la misma urgencia que la de nuevos casos de PFA. Los RRT de los CNOE ofrecerán una asistencia urgente más amplia si se producen detecciones en los distritos de clase 2-4 de Pakistán;
- proporcionar asistencia constructiva en la gestión y sincronización de los planes de acción para las rutas de transmisión entre las fronteras de Afganistán y Pakistán. La colaboración entre estos dos países se ha mejorado en el último año. Entre los esfuerzos futuros se incluyen las actividades de integración en las fronteras y el mapeo de emigrantes y nómadas para anticipar una atención sanitaria en su destino. Las estrategias para la población de alto riesgo en movimiento (HRMP) se actualizarán para centrarse en los desplazados internos (IDP) en Afganistán y para tener en cuenta los patrones de migración entre Pakistán y Afganistán;
- aumentar la inmunidad de la población en las zonas de alto riesgo. Pakistán y Afganistán orientarán el uso de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1 (mOPV1) hacia las ASI de respuesta a brotes y los días subnacionales de inmunización (SNID). Las estrategias de vacunación alternativas (como la ampliación de los grupos de edad o el uso de la IPV en áreas geográficas más extensas, incluyendo las dosis fraccionadas intradérmicas mediante los nuevos inyectores sin aguja disponibles) se usarán en función de cada caso en zonas de alto riesgo y las rutas entre fronteras seleccionadas
- priorizar los tableros de control en lazo cerrado nacionales y subnacionales para identificar y responder rápidamente a una actuación deficiente por parte de consejos de aldeas y subdistritos. Se mejorará el seguimiento de la campaña de vacunación mediante la estandarización de los indicadores de muestreo por lotes para la garantía de la calidad (LQAS), la actualización de los marcos de muestreo y explorando nuevas opciones de seguimiento por parte de terceros. La asistencia técnica será proporcionada, aunque no exclusivamente, por la plataforma de apoyo a los países endémicos en la recogida de datos fundamentales, la automatización de los análisis de datos y la formación en cuanto a análisis de los equipos antipoliomielíticos en primera línea; y
- aumentar el uso de estrategias innovadoras. Estas incluyen el mapeo con sistemas de información geográfica (SIG) para localizar zonas de contagio, el seguimiento de los vacunadores para garantizar la calidad de las campañas y el seguimiento remoto mediante teléfono móvil para mejorar el seguimiento de las ASI y estimar la población vulnerable en las zonas inaccesibles.

Dirigirse a los rechazos:

- entender mejor las razones que impulsan la aceptar la vacuna antipoliomielítica y aprovechar las estrategias de comunicación específicas de cada comunidad para incrementar la demanda de inmunización. Las nuevas estrategias de comunicación en Pakistán y Afganistán han hecho hincapié en la coordinación entre los equipos operativos y los de movilización social,¹⁰ lo que se impulsará involucrando OSC, especialmente grupos de mujeres y organizaciones religiosas (véase la sección **Igualdad de género en Aspectos que capacitar**);
- ampliar la programación de convergencia (p. ej. el uso de los vacunadores de la poliomielitis para incrementar la demanda de inmunización básica y otros servicios sanitarios). Los vacunadores seguirán proporcionando productos de salud básicos adicionales (como zinc o vitamina A) para tratar algunas

⁹ Véase Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para la erradicación de la poliomielitis, Pakistán. Plan Nacional de Acción de Emergencia para la Erradicación de la Poliomielitis 2018/2019. Islamabad: CNOE; septiembre de 2018 (<http://www.endpolio.com.pk/images/Stories/NEAP-2018-2019.pdf>), y Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Afganistán. Plan Nacional de Acción de Emergencia 2019, enero de 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/NEAP-AFG-2019-A4.pdf>), así como la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Junta de Seguimiento Independiente. How to cut a long story short: Sixteenth report; octubre de 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/11/20181105-16th-IMB-Report-FINAL.pdf>).

¹⁰ Véase el comunicado sobre las estrategias de erradicación del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Pakistán. Plan Nacional de Acción de Emergencia para la Erradicación de la Poliomielitis 2018/2019. Islamabad: CNOE; septiembre de 2018 (<http://www.endpolio.com.pk/images/Stories/NEAP-2018-2019.pdf>), y Morry C et al., (Presentation) Final report: Strengthening evidence-based communication for polio eradication; diciembre de 2018.

enfermedades infantiles crónicas. También se ofrecerá formación y seguimiento para ayudar al equipo de vacunación basada en la comunidad (en Pakistán) y a los trabajadores de la Red de Comunicación sobre la Inmunización (ICN) (en Afganistán) con la identificación de niños pequeños, recién nacidos y mujeres embarazadas que necesitan servicios preventivos o curativos y con su derivación a centros de salud locales;

- satisfacer las necesidades básicas de comunidades extremadamente vulnerables a la poliomielitis al involucrar iniciativas para el desarrollo. A nivel nacional, la IEMP se reunirá con agencias para el desarrollo y ONG para comprobar si se puede dar prioridad a los distritos de alto riesgo de transmisión de poliomielitis para proyectos relacionados con servicios básicos, como WASH, nutrición y atención sanitaria primaria. En los distritos extremadamente vulnerables, la IEMP involucrará a gobiernos locales, colaboradores para el desarrollo y OSC (en particular las dirigidas por mujeres) para identificar fuentes privadas y públicas de recursos no dirigidos a la lucha contra la poliomielitis que se pueden integrar y adaptar para satisfacer las necesidades locales; y
- colaborar con agentes para el desarrollo mundiales y regionales en la recaudación de fondos fuera del presupuesto de la poliomielitis para satisfacer necesidades básicas de comunidades de alto riesgo de transmisión del poliovirus. Además de la IEMP, UNICEF ha propuesto liderar los esfuerzos de financiación para satisfacer de manera integral las necesidades básicas de comunidades vulnerables a la poliomielitis con numerosas carencias en Afganistán y Pakistán.¹¹ Aunque la implementación de proyectos de servicios básicos serán responsabilidad de los gobiernos locales, con el respaldo de OSC y las agencias para el desarrollo locales, la IEMP ofrecerá ayuda señalando las necesidades de la comunidad y contribuyendo a la creación de una infraestructura sostenible y una asistencia básica.

RETO 4:

Impulsar la inmunidad o proteger las zonas con sistemas sanitarios débiles

Los servicios de inmunización que proporciona el PAI en los países endémicos han ido mejorado de forma gradual. Sin embargo, existen vacíos considerables en cuanto a la capacidad de suministrar tanto la IPV como la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV) a través de PAI en las reservas principales del virus, lo que ha limitado la habilidad de los programas para impulsar la inmunidad y perpetuado una dependencia de las ASI.

Solución

*Reafirmar las sinergias entre el PAI y la Iniciativa para la Erradicación de la Poliomielitis (PEI) y colaborar de forma más amplia con múltiples colaboradores para reforzar de forma general los sistemas de inmunización (véase **Objetivo 2: integración**).*

RETO 5:

Saber más sobre la epidemiología del poliovirus en las reservas principales restantes

En general, las redes de PFA y VA ofrecen un panorama detallado de la transmisión del poliovirus. Sin embargo, se necesita hacer un esfuerzo adicional para entender totalmente la dinámica de la epidemiología del poliovirus, especialmente en zonas en las que la VA presenta una evidencia de transmisión del WPV pero no existen casos de PFA. Los análisis de secuenciación de ADN, que han sido instrumentales para trazar patrones de transmisión y diversidad genética en Afganistán y Pakistán, muestran una persistencia de múltiples linajes de poliovirus en todo el bloque epidemiológico, lo que señala las constantes dificultades para alcanzar grupos específicos de población y contener el virus. En la actualidad, es cada vez menos probable que se esté produciendo una transmisión de WPV1 prolongada no detectada en Nigeria/el lago Chad. Pese a ello, sigue suponiendo un reto establecer una vigilancia activa en zonas inaccesibles, en particular en el estado de Borno.

Soluciones

Proporcionar análisis más granulares de la epidemiología e impulsar la vigilancia entre poblaciones extremadamente vulnerables al:

- ampliar los estudios serológicos y crear centros de VA donde sea posible en zonas de alto riesgo, en particular en aquellas con muestras positivas de VA constantes, para entender mejor la dinámica de la transmisión (p. ej. el papel de los grupos de mayor edad) y localizar los barrios donde se alberga el poliovirus. Se concentrarán los esfuerzos adicionales en realizar un mayor número de análisis de ADN y triangulación de datos de seguimiento de subdistritos de alto riesgo con población vulnerable o de alta movilidad; y

¹¹ Véase UNICEF. Integrated Services Delivery in selected polio high-risk union councils of polio core reservoir districts; noviembre de 2018 (en preparación), y UNICEF. Integrated Response Plan to support Polio Eradication in Afghanistan – “Getting to Zero”; octubre de 2018 (en preparación).

- garantizar una vigilancia al nivel de la certificación con estrategias detalladas en los NEAP. Pakistán y Afganistán se centrarán en la identificación temprana de casos de PFA a través del personal sanitario primario o puntos de contacto de la comunidad. Nigeria seguirá dando prioridad a la vigilancia en los estados poco seguros y aumentando el seguimiento con centros de información activos en otras zonas de alto riesgo.

2. DETENER LOS BROTES DE POLIOVIRUS CIRCULANTE DERIVADO DE LA VACUNA: PREVENCIÓN/PREPARACIÓN, DETECCIÓN Y RESPUESTA

Retos y soluciones

Muchos de los desafíos de la interrupción de la transmisión del WPV pueden afectar también a la eficacia de la prevención, la detección y la respuesta ante brotes de cVDPV. A menudo, estos brotes emergen en estados frágiles o poco seguros, asolados por el conflicto, poco accesibles, con una población altamente móvil e infraestructuras de salud débiles, en especial sistemas del PAI deficientes. Al igual que en los países en los que el WPV es endémico, los brotes de cVDPV suelen afectar a las comunidades vulnerables que se enfrentan a cambios constantes y pueden no considerar la vacunación contra la poliomielitis como una prioridad.

Aunque pueda parecer que los desafíos para detener el WPV en la actualidad solo afectan a dos países, existe un riesgo de emergencia de cVDPV en cualquier país en el que se use la OPV con una cobertura de inmunización limitada y con alto riesgo de transmisión fecal-oral. La emergencia y la incidencia de los casos de cVDPV desde el cambio de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la bOPV en abril-mayo de 2016 han sido mayores de lo que se había anticipado, y los casos de cVDPV han superado en número a los de WPV en 2017–2018.

RETO 1:

Mantener una preparación y una prevención eficaces

Aunque los sistemas de inmunización deficientes son el denominador común subyacente de todos los brotes de cVDPV, el riesgo de que se produzcan nuevas emergencias (y por lo tanto, los desafíos a la hora de detener los brotes) es diferente según el tipo de poliovirus.

12 de los 15 nuevos brotes de cVDPV (un 80 %) y más del 75 % de los casos de VDPV que se han detectado desde abril de 2016 hasta febrero de 2019 se han atribuido al tipo 2. Los brotes de cVDPV2 que se detectaron en un primer momento tras el cambio tienen su origen en virus que circulaban sin ser detectados antes de que se produjera. Sin embargo, algunos brotes recientes probablemente se deban a un uso no controlado de la tOPV o a la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 (mOPV2) que se utilizó tras el cese de la tOPV para controlar los brotes de cVDPV2. El riesgo de sembrar nuevos brotes es variable, pero hay una mayor probabilidad de que ocurran emergencias de VDPV2 en países cuyas ASI con mOPV2 tienen poca cobertura (o en zonas cercanas a estos).

Los brotes de poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 1 (cVDPV1) y de poliovirus circulante derivado de la vacuna de tipo 3 (cVDPV3) han sido mucho menos frecuentes, pero tienen su origen en una baja cobertura de la OPV. En general, las ASI preventivas con bOPV para impulsar la inmunidad al poliovirus en países con una baja cobertura han tenido éxito, pero no siempre se ha logrado una alta cobertura (p. ej. en Somalia) ni se han realizado en zonas que han demostrado ser vulnerables a una emergencia de cVDPV (p. ej. Papúa Nueva Guinea).

Al principio, tras el cese de la tOPV, se dio prioridad al uso de las existencias mundiales limitadas de IPV en países considerados de alto riesgo de transmisión del poliovirus. Sin embargo, los constantes vacíos sistémicos en los programas de inmunización básicos han impedido que se consiga una alta cobertura de IPV en estos países. Afortunadamente, no se han producido brotes de cVDPV2 en ninguno de los países de bajo riesgo afectados por la escasez de suministros, y las reservas mundiales de IPV han ido aumentando de forma gradual. Hasta que haya suficientes existencias en todo el mundo, se dará prioridad al uso de la IPV para lo siguiente: (1) reforzar el PAI; (2) interrumpir la transmisión del WPV y detener los brotes de cVDPV en zonas limitadas; (3) alcanzar a los niños que no han recibido la vacuna desde abril de 2016 debido a la falta de existencias; y (4) otros casos excepcionales.

Los retos adicionales que han surgido desde 2016 en cuanto a la gestión de la OPV también tienen consecuencias en la prevención o preparación ante los cVDPV. El seguimiento y eliminación de la tOPV inmediatamente después del cambio supuso un problema en algunos países, y la gestión del uso de la mOPV2 en respuesta a brotes supone un desafío similar y continúa representando un riesgo de emergencia de cVDPV2 en algunas zonas. Aunque hasta el momento se han suministrado suficientes mOPV2 para responder a tiempo a todas detecciones de cVDPV2, la incertidumbre a la hora de predecir el número de brotes adicionales y el

alcance de los mismos hace que sea complicado ofrecer garantías respecto a las existencias de mOPV2 en un futuro inmediato. Es sumamente importante suministrar suficientes bOPV para las ASI anteriores del cese y almacenar mOPV de todos los tipos de OPV para su uso en futuros brotes, pero también es problemático, debido a los largos plazos de espera para comenzar a fabricar las vacunas, la falta de fondos específicos para iniciar una producción de vacunas de reserva y la incertidumbre en cuanto a futuras necesidades.

Soluciones

Impulsar la capacidad de preparación a todos los niveles e implementar una estrategia de prevención completa para eliminar los riesgos de emergencia de cVDPV en países de alto riesgo al:

- establecer Equipos de Respuesta Rápida (RRT) multiagencia en Ginebra y África formados por personal experimentado de la IEMP que estén dedicados a responder rápidamente ante cualquier brote de VDPV y asistir con la evaluación inicial y la planificación. Además, la IEMP identificará y capacitará a un amplio abanico de expertos en los países de alto riesgo que puedan responder con rapidez a brotes en su país o en países cercanos;
- dar los pasos necesarios para que haya más mOPV2 disponibles y mantener una reserva adecuada de vacunas antipoliomielíticas para responder a futuros brotes. Además de una acción inmediata para aumentar el suministro de mOPV2, la IEMP llevará a cabo evaluaciones tempranas más sólidas para establecer la cantidad de vacunas necesarias, garantizará la financiación para crear reservas y continuará tratando con los fabricantes de vacunas para asegurar un mercado próspero con el suficiente abastecimiento para cumplir con los requisitos del programa (véase la sección **Preparación para la implementación de la Estrategia Posterior a la Certificación**);
- proporcionar asistencia técnica intensiva con el propósito de ampliar iniciativas de múltiples partes interesadas para el refuerzo del PAI en distritos de alto riesgo seleccionados (véase el **Objetivo 2: integración**);
- centrar la evaluación de riesgos de brotes de cVDPV1 y cVDPV3 en zonas subnacionales para priorizar las ASI preventivas con bOPV en el calendario de 2019–2024 para poblaciones de alto riesgo. Se utilizarán de forma rigurosa tableros de control de preparación y un mayor seguimiento en campo para garantizar la implementación eficaz de estas ASI con bOPV;
- asegurar que los planes nacionales de preparación ante brotes de poliomielitis están al día y han sido probados; e
- implementar medidas para eliminar el riesgo a largo plazo de futuras emergencias de VDPV (véase el **Reto 4**).

RETO 2:

Conseguir una detección temprana

Las redes de PFA y VA han detectado múltiples VDPV en todo el mundo. La investigación epidemiológica y secuenciación de ADN subsecuentes realizadas por la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos (RMLA) han contribuido a ampliar aún más los conocimientos sobre la dinámica de las emergencias de VDPV. Sin embargo, como en el caso de los recientes brotes en la República Árabe Siria y el Cuerno de África, la combinación de una baja prevalencia y una transmisión no detectada por una vigilancia insuficiente ha causado la identificación tardía de brotes con virus de cadena larga con un origen difícil de localizar. La detección tardía, en especial de los brotes de cVDPV2, presentará incluso mayores riesgos con el tiempo, a medida que se reduzca la inmunidad de la población.

Soluciones

Maximizar la detección temprana mediante un enfoque mejorado de vigilancia basada en el riesgo al:

- centrarse en los países y distritos de alto riesgo, especialmente en las zonas difíciles de alcanzar, el seguimiento de la IEMP y la supervisión constructiva de la vigilancia;¹² y
- ampliar el número de centros de VA en todos los países de alto riesgo, colaborando de forma cercana con la RMLA para aumentar la sensibilidad de la detección e impulsar el seguimiento del rendimiento de las ASI.¹³

RETO 3:

Implementar respuestas rápidas y eficaces

Los esfuerzos nacionales utilizando procedimientos operativos estándar (POE), respaldados por la asistencia técnica y los recursos de la IEMP (p. ej. vacunas, financiación), han conseguido controlar múltiples brotes de VDPV14. A menudo, esto se ha logrado a pesar de una falta de seguridad (República Árabe Siria), una

¹² Para las estrategias en detalle, véase Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Plan de Acción Mundial para la Vigilancia de la Poliomielitis, 2018–2020. Ginebra: OMS; febrero de 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020.pdf>), e Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Ginebra: OMS; 2018.

¹³ Véase Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Environmental Surveillance and Implementation Working Group. Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus; 9 de mayo de 2018. Estas directrices son específicas del tipo 2, pero pueden aplicarse a otros tipos.

infraestructura de salud débil (República Democrática del Congo) o una transmisión paralela de WPV (Pakistán). Sin embargo, se han controlado pocos brotes en los 120 días posteriores a su detección. Con frecuencia, las repuestas de vacunación iniciales se han visto retrasadas debido a una falta de responsabilidad y voluntad política, la existencia de múltiples prioridades sanitarias o una gestión de brotes ineficaz. La mala cobertura de las ASI de respuesta, junto con una cobertura inadecuada de los sistemas de inmunización en las zonas con brotes, ha facilitado que la transmisión se prolongara durante largos períodos de tiempo o, como en el caso de la mOPV2, provocado nuevos brotes.

Soluciones

Impulsar la implementación eficaz de los POE y la calidad de todas las respuestas al:

- asegurar una declaración rápida de emergencia nacional inmediatamente después de detectar un brote e incrementar la responsabilidad a todos los niveles (mundial, regional y nacional) Los nuevos RRT se desplegarán en las 48 horas siguientes al brote. Se ajustará la evaluación de la respuesta ante un brote (OBRA) para que se centre en proporcionar una supervisión constructiva de los vacíos operacionales, incluyendo una revisión crítica de la ASI inicial, lo que permitirá realizar cambios para mejorar la calidad.
- reforzar y formalizar los acuerdos entre la IEMP y los programas de emergencias a nivel mundial y nacional para garantizar una mayor previsibilidad en las actividades y abordar una variedad más amplia de riesgos (véase el **Objetivo 2: integración**);
- evaluar las POE de forma regular y revisar las estrategias para asegurar que las recomendaciones (relacionadas con ASI o con el alcance de la respuesta) están al día y reflejan los cambios constantes en la epidemiología y las mejores prácticas; y
- integrar el seguimiento y la eliminación de la mOPV2 en los mismos mecanismos de supervisión, seguimiento y registro de la cobertura de la vacuna para impulsar la validación de la gestión de vacunas y mitigar el riesgo de un mal uso de las mismas.

RETO 4:

Abordar los posibles desafíos a largo plazo de la emergencia de VDPV

Aunque es poco probable que se detecten más brotes de cVDPV2 que tengan un origen anterior al cambio de la tOPV, la transmisión persistente en el norte de Nigeria, República Democrática del Congo y Somalia genera inquietudes sobre posibles brotes prolongados de cVDPV2 en amplias zonas demográficas debidos a una mala cobertura de mOPV2 después del cambio. Ha sido difícil mejorar la calidad de las ASI en países con una infraestructura frágil, conflictos y numerosos problemas sistémicos.

Mitigar la causa principal de los brotes de cVDPV (una baja cobertura de inmunización en un entorno con mal saneamiento) requiere de intervenciones fuera del alcance de la IEMP. Por lo tanto, mientras se continúe usando la OPV seguirá existiendo un riesgo de emergencia de cVDPV, y la OPV no puede dejar de usarse en todo el mundo hasta que se erradique el WPV.

Otro desafío a largo plazo es el que presenta el poliovirus derivado de la vacuna asociado con inmunodeficiencia (iVDPV), que generan los individuos con inmunodeficiencias primarias (IDP). Aunque, hasta la fecha, no se ha producido una transmisión sostenida de iVDPV dentro una comunidad, ante este posible riesgo la IEMP ya ha dado los primeros pasos para crear nuevas plataformas de vigilancia para la detección iVDPV y respalda el desarrollo de tratamientos antivirales para tratar a los pacientes de IDP infectados por poliovirus.¹⁵

Soluciones

Abordar las posibles consecuencias a largo plazo de los brotes de VDPV:

- desarrollando un plan de contingencia con actividades y políticas sistémicas a corto plazo que pueda hacer frente a los riesgos de una transmisión de cVDPV2 sostenida (es decir, no controlada);
- entendiendo mejor la emergencia de cVDPV a través de modelos que trate los riesgos de sembrar cVDPV2 y virus vacunales;

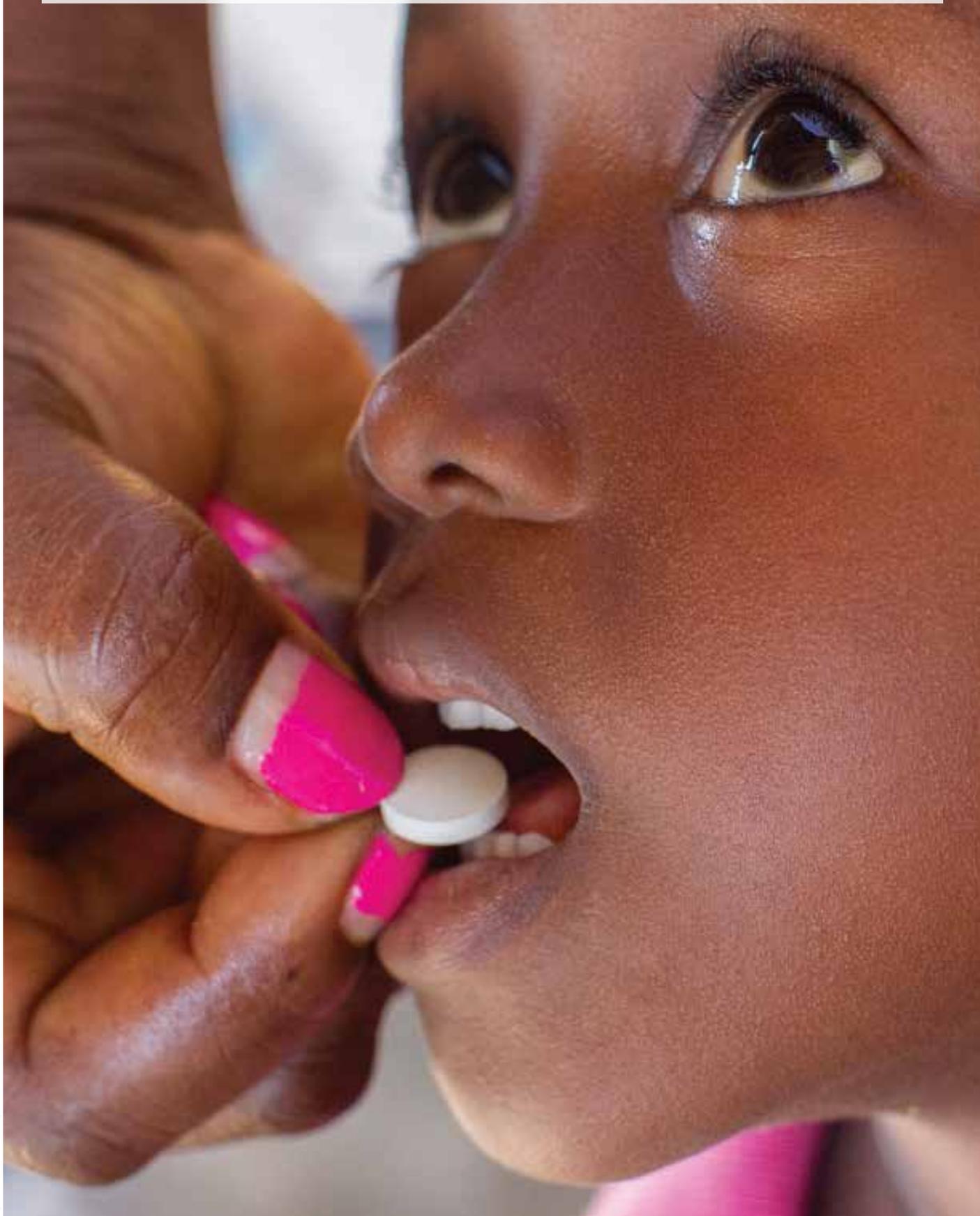
¹⁴ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Standard Operating Procedures: Responding to a poliovirus event or outbreak. Version 3. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/sop-polio-outbreak-response-version-3-dec-2018-20181220.pdf>).

¹⁵ Para más información este riesgo, véase la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

- acelerando el desarrollo y la aprobación de nuevas vacunas que podrían contribuir de forma significativa a la detención o prevención de brotes de VDPV, incluyendo el desarrollo de una nueva OPV genéticamente estable, como la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 (nOPV2), una IPV adyuvante que pueda inmunizar las mucosas y antivirales para tratar a los pacientes con inmunodeficiencias infectados por el poliovirus (véase la sección **Investigación**);
- estableciendo una vigilancia del iVDPV sensible en todo el mundo (véase la sección sobre vigilancia del **Objetivo 2: integración**); y
- respaldando estrategias inmediatas y a largo plazo para reforzar la inmunización (véase **Objetivo 2: integración**).

Los factores por los que las comunidades están en riesgo de poliomielitis (inseguridad, inaccesibilidad y sistemas débiles) también las hace susceptibles a otras enfermedades, brotes y emergencias. La IEMP se compromete a trabajar en una forma novedosa, sistemática e integrada de proteger a las poblaciones. Tal integración ayudará a librar al mundo de la poliomielitis de una forma sostenible.

Una niña recibe comprimidos antiparasitarios durante una campaña antipoliomielítica. Aldea pesquera de Azuretti, Costa de Marfil.



Objetivo 2: integración

A medida que la IEMP se acerca al objetivo de erradicar la poliomielitis, va cobrando aún más importancia preparar el terreno para que este logro pueda mantenerse en el futuro. Esto dependerá en gran medida de la solidez de los sistemas de vigilancia de la inmunización, la salud y las enfermedades, así como de las capacidades de respuesta a emergencias. La preparación requiere de una colaboración más estrecha con otros programas de salud. La IEMP se compromete a trabajar en una forma novedosa, sistemática e integrada para proteger a las poblaciones. Tal integración ayudará a librar al mundo de la poliomielitis de una forma sostenible, ya que se aprovecharán puntos fuertes y mecanismos de inmunización y programas de emergencias a nivel nacional, regional y mundial. A su vez, la IEMP contribuirá con sus recursos, conocimientos y experiencia a la protección de la población mediante el refuerzo de los sistemas de vigilancia de la inmunización, la salud y las enfermedades, así como de la capacidad de respuesta a una emergencia.

METAS

La integración proporciona los medios para librar mundo de la poliomielitis de una forma sostenible. A través de la colaboración sistemática con otros agentes para la salud pública, la IEMP puede beneficiarse de capacidades y contribuciones que están fuera de su alcance y que pueden ayudar a alcanzar y mantener la erradicación. A su vez, los recursos, conocimientos y experiencia de la IEMP pueden canalizarse hacia la protección de la población apoyando la inmunización, los sistemas sanitarios y la respuesta a emergencias.

La colaboración sistemática se centrará en tres metas:

1. contribuir al refuerzo de la inmunización y de los sistemas sanitarios para conseguir la erradicación de la poliomielitis y mantenerla;
2. asegurar la vigilancia sensible del poliovirus integrándola en los sistemas de vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV) o enfermedades transmisibles; y
3. prepararse y responder en caso de futuros brotes y emergencias

1. CONTRIBUIR AL REFUERZO DE LA INMUNIZACIÓN Y DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PARA CONSEGUIR LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS Y MANTENERLA

La infraestructura de la IEMP ya contribuye a ampliar las actividades de inmunización en muchos países mediante la asistencia activa de los programas de inmunización y los sistemas sanitarios nacionales. El personal que trabaja para la erradicación de la poliomielitis y el de inmunización a menudo funcionan como un solo equipo.

En esta nueva etapa, se reforzará la coordinación entre los equipos de erradicación de la poliomielitis y los de inmunización en todos los países. Las intervenciones se realizarán de forma más focalizada y sistemática dentro de un marco de responsabilidad claro, para monitorizar y calibrar resultados específicos. Esta nueva forma de trabajar aumentará el impacto a nivel nacional para un doble beneficio: alcanzar la erradicación de la poliomielitis mientras se refuerzan los sistemas de inmunización y de salud.

Los esfuerzos por la colaboración seguirán enfoques específicos:

- En los **países endémicos**, la atención se centrará en detener la transmisión de WPV en las reservas principales.
- En los **países con brotes**, la prioridad será detener los brotes de cVDPV, a la vez que se desarrolla la capacidad a largo plazo de prevenir futuros brotes de forma sostenida.
- En los **países no endémicos y sin brotes, pero con sistemas de inmunización débiles**, la prioridad será mejorar la cobertura de la inmunización en los distritos de alto riesgo para minimizar el riesgo de brotes de cVDPV, con el objetivo a largo plazo de reforzar los sistemas de inmunización y de salud. Esto será de ayuda a la hora de integrar las funciones y la financiación de la poliomielitis en los sistemas y presupuestos sanitarios de los países a medida que se preparan para la futura disolución de la IEMP:

Véase el **Anexo D** para ejemplos ilustrativos de posibles colaboraciones y contribuciones de la IEMP.

Retos y soluciones

RETO 1:

Abordar la baja inmunidad de la población en los países endémicos

Afganistán, Nigeria y Pakistán se encuentran entre los 10 primeros países con el mayor número de niños no vacunados o mal vacunados. La baja cobertura de la inmunización sigue suponiendo un problema en los tres países endémicos, lo que perpetúa la dependencia a las ASI.

Soluciones

Reafirmar las sinergias entre la Iniciativa para la Erradicación de la Poliomielitis (PEI) y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) nacional para detener la circulación del poliovirus:

- El programa del PAI nacional, con el apoyo de los agentes para la inmunización, tomará las riendas a la hora de incrementar la inmunización de la población en las reservas principales y en los distritos de alto riesgo seleccionados para ayudar a alcanzar la erradicación.
- La IEMP respaldará los esfuerzos nacionales movilizando directamente sus recursos humanos, experiencia y mejores prácticas para ayudar a implementar el PAI en diferentes ámbitos, como la microplanificación y el mapeo de las poblaciones móviles y de alto riesgo. Las contribuciones de la IEMP al PAI de cada país endémico se detallarán en sus respectivos Planes Nacionales de Acción de Emergencia (NEAP).

RETO 2:

Abordar la baja inmunidad de la población en los países con brotes

Una cobertura de inmunización inadecuada es una de las causas principales de los brotes de cVDPV y de que su transmisión se prolongue durante largos períodos el tiempo. A medida que el mundo se acerca a la erradicación, cobra una vital importancia no solo responder con eficacia a brotes de poliovirus, sino también establecer un sistema sostenible para prevenir brotes.

Soluciones

Detener los brotes en activo a la vez que se proporcionan las herramientas necesarias para su prevención en el futuro al:

- asegurar una respuesta a los brotes de gran calidad, que incluya una declaración rápida de emergencia nacional y el despliegue de un grupo de urgencia (véase también el **Objetivo 1: erradicación**); y
- revisar los procedimientos operacionales estándar (POE) para identificar cómo pueden respaldar activamente el grupo de urgencia y el COE las actividades de inmunización a través de la estrecha colaboración, la planificación y la implementación del programa del PAI nacional. Los términos de referencia (TdR) del equipo de urgencia de la IEMP identificarán funciones y responsabilidades específicas para reforzar la gestión del programa, la microplanificación, la movilización de la comunidad y el seguimiento del desempeño, así como para desarrollar la capacidad de implementar planes de recuperación de la inmunización.

RETO 3:

Mantener la erradicación en países con sistemas sanitarios débiles o frágiles:

Los países no endémicos con sistemas sanitarios débiles o frágiles en los que grandes grupos de niños están mal inmunizados, o no lo están en absoluto, corren un alto riesgo de sufrir brotes de cVDPV o de importar poliovirus de países vecinos.

Soluciones

Mejorar la cobertura de la inmunización y contribuir al refuerzo de los sistemas al:

- canalizar la infraestructura de la IEMP en los países donde siga teniendo una gran presencia para respaldar totalmente el programa nacional del PAI. El objetivo a corto y medio plazo será aumentar la cobertura y equidad de la inmunización y minimizar el riesgo de brotes de cVDPV. El objetivo a largo plazo será reforzar el sistema sanitario y desarrollar la capacidad local, lo que contribuirá al éxito de la transición a las actividades necesarias para mantener la erradicación tras el final de la IEMP.
- centrarse en el nivel subnacional, en particular en los distritos con peor cobertura. Las actividades específicas de cada país se incorporarán en los TdR de todo el personal, incluidos los asesores del programa Stop Transmission of Polio (STOP), y se monitorizarán mediante un seguimiento regular de su desempeño.

SINERGIAS CON EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

- En Pakistán, se impulsarán las sinergias entre PAI/PEI en todas las zonas con vacunación basada en la comunidad (CBV) mediante la integración de la gestión y la coordinación de todas las ASI de la poliomielitis y las actividades del sistema de inmunización a través de los Centros Provinciales de Operaciones de Emergencia (CPOE).
- En Afganistán, la IEMP respaldará los esfuerzos nacionales para reforzar los servicios del PAI e incrementar la aceptación de la vacuna en los distritos de alto riesgo de poliomielitis en las seis provincias del sur y el este del país.
- En Nigeria, la IEMP ampliará su colaboración con el Centro Nacional de Coordinación de la Inmunización Sistemática de Emergencia (NERICC).

- buscar sinergias y métodos de ahorro entre las ASI de la poliomielitis y otras campañas de inmunización. Esto consistirá en la planificación de ASI multiantígeno, la sincronización de los calendarios de las ASI y el desarrollo de documentos y procedimientos orientativos, entre los que se incluye apoyar la intensificación periódica de la inmunización sistemática (PIRI). Las campañas conjuntas también identificarán actividades de seguimiento concretas que conecten las ASI con el refuerzo de la inmunización usando microplanos de ASI y datos de seguimiento independiente para identificar y seguir a los niños que nunca se alcanzan y a los que abandonan el programa;
- involucrar de forma activa a las OSC en donde proceda para tender puentes entre las comunidades y los programas nacionales, especialmente en zonas frágiles, de alto riesgo y fronterizas. Se movilizarán las estructuras basadas en la comunidad y las plataformas de la sociedad civil establecidas por la IEMP para generar una demanda de inmunización y contribuir al seguimiento de aquellos que incumplan o abandonen el programa.
- involucrarse de forma estratégica en los procedimientos de planificación de los sectores sanitarios nacionales (p. ej. en el desarrollo de planes sanitarios nacionales y planes operacionales anuales) para alinearse con los esfuerzos nacionales y reforzar de forma sostenida los sistemas sanitarios con el objetivo de obtener una cobertura sanitaria universal (CSU); y
- aprovechar las sinergias con iniciativas complementarias centradas en reforzar los sistemas sanitarios y mejorar la cobertura de inmunización. Entre otros ejemplos se incluyen la inversión para el refuerzo de los sistemas sanitarios de la Alianza para Vacunas Gavi en países seleccionados y el esfuerzo de la Fundación Bill y Melinda Gates por incrementar la cobertura de la inmunización básica en zonas subnacionales seleccionadas en áreas geográficas en alto riesgo de poliomielitis de Asia y África.¹⁶

RETO 4:

Abordar una coordinación con la comunidad para la inmunización deficiente y esporádica

En general, la IEMP ha colaborado con la comunidad para la inmunización de forma esporádica y solo en caso de necesidad, en lugar de sistemáticamente y con claras estructuras de responsabilidad. Los objetivos no siempre se han alineado completamente.

Soluciones

Mejorar la coordinación con la comunidad para la inmunización al:

- establecer mecanismos de colaboración más eficientes y orientados a resultados con claras estructuras de responsabilidad. La inclusión de la Alianza para Vacunas Gavi en el POB ofrece la valiosa oportunidad de colaborar de forma sistemática tanto a nivel estratégico como operacional:
 - Gavi y otros colaboradores para la inmunización han colaborado estrechamente en la elaboración de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023*. A su vez, la IEMP estará activamente involucrada en el desarrollo de Gavi 5.0 y de la estrategia de inmunización pos-2020 que sucederá al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP).
 - El desarrollo de planes operativos nacionales anuales será parte fundamental del compromiso de la IEMP. La IEMP ayudará a garantizar que están basados en datos, son prácticos, establecen prioridades, se han presupuestado de acuerdo con los recursos disponibles y están definidos con indicadores claros:
 - La IEMP participará de forma sistemática en foros y plataformas de inmunización como el Comité de Coordinación Interagencial (CCI), las evaluaciones de PAI, las reuniones con los responsables del PAI, las evaluaciones conjuntas de Gavi y los equipos de trabajo regionales de Gavi. De forma similar, la IEMP reforzará los mecanismos de Gavi y de otros agentes para la inmunización para que participen de forma regular en los Grupo de Asesoramiento Técnico (TAG) de la IEMP y en las evaluaciones de la respuesta ante un brote (OBRA).
 - En la medida de lo posible, se utilizarán los mecanismos existentes para coordinar el seguimiento de los resultados; y
- desarrollar un marco conjunto de resultados y responsabilidad con Gavi y la comunidad para la inmunización para hacer operativas las estrategias detalladas en este documento. La IEMP y Gavi identificarán de forma conjunta actividades específicas en cada país que el personal de la IEMP pueda respaldar para aumentar la cobertura y equidad de la inmunización a través del refuerzo del sistema sanitario (HSS) de Gavi y de subvenciones. El resultado se monitorizará a través de los procedimientos de planificación de PAI nacionales y las evaluaciones conjuntas de Gavi.

¹⁶ La colaboración tiene el objetivo de complementar tanto los esfuerzos de la IEMP para interrumpir la transmisión del WPV y el cVDPV como los de Gavi para afrontar la baja cobertura de inmunización en las zonas de mayor riesgo de emergencia de cVDPV. Las áreas geográficas han sido seleccionadas con base en el riesgo histórico y actual de WPV y cVDPV, así como en una cobertura baja constante de la DTP3. Al principio, se coordinará estrechamente con los gobiernos nacionales, Gavi y los socios de la Alianza para aprovechar completamente los fondos disponibles y estrategias y enfoques comprobados, particularmente en el desarrollo de la responsabilidad y las capacidades de los gobiernos, y de mejores estrategias para proveer servicios de inmunización en emplazamientos frágiles y afectados por el conflicto.



PAHO, Harold Ruiz, OMS

2. ASEGURAR UNA VIGILANCIA SENSIBLE DEL POLIOVIRUS INTEGRÁNDOLA EN LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA DE OTRAS ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE VACUNACIÓN O ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Conseguir una vigilancia sensible del poliovirus en todo el mundo sigue siendo fundamental para alcanzar la certificación y asegurar que el mundo permanece libre de poliomielitis. Para cumplir este objetivo de corto a medio plazo, la vigilancia en Pakistán y Afganistán seguirá dependiendo de una plataforma de la IEMP en la que también se incluyen enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV) específicas y que conecta con el sistema de vigilancia nacional. En otros países, la vigilancia del poliovirus ya se ha incorporado a sistemas nacionales más amplios de vigilancia de EPV o de enfermedades transmisibles (como es el caso del Sistema de Vigilancia Integrada de las Enfermedades y Respuesta [IDSR] en África) con diferentes grados de apoyo de la IEMP.

La implementación del Plan de Acción Mundial para la Vigilancia de la Poliomielitis 2018–2020. (GPSAP) ofrece la oportunidad de crear sinergias entre la vigilancia de la poliomielitis y la de otras EPV y la integración a largo plazo en la vigilancia de otras enfermedades transmisibles.¹⁷ Esto facilitará la vigilancia sostenida de la poliomielitis dentro de los sistemas de vigilancia nacionales, e impulsará el refuerzo de otros sistemas de vigilancia donde resulte necesario al poder partir de la plataforma de la poliomielitis. La visión a largo plazo de integrar la vigilancia a nivel nacional y mundial se detalla en la Estrategia Posterior a la Erradicación (EPC).¹⁸

Reto y soluciones

RETO:

Asegurar una vigilancia sensible de la poliomielitis al tiempo que se integra en los sistemas de vigilancia de EPV/enfermedades transmisibles

El ritmo al que se integre la vigilancia del poliovirus en los sistemas de vigilancia integral de EPV/enfermedades contagiosas tanto a nivel mundial como nacional será variable. La integración puede presentar un reto a la hora de mantener una vigilancia sensible del poliovirus, especialmente en zonas endémicas y de alto riesgo.

¹⁷ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Plan de Acción Mundial para la Vigilancia de la Poliomielitis, 2018–2020. Ginebra: OMS; febrero de 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020.pdf>).

¹⁸ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

Soluciones

Asegurar una vigilancia sensible del poliovirus y una mayor integración al:

- implementar un conjunto apropiado de estrategias de vigilancia del poliovirus (p. ej. vigilancia de la PFA junto con vigilancia basada en la comunidad, VA con vigilancia de enterovirus) en todos los países para cumplir y mantener los estándares de certificación dentro del marco de vigilancia integral de EPV/ enfermedades transmisibles. Las estrategias para los países endémicos y de alto riesgo se mencionan con anterioridad (véase el **Objetivo 1: erradicación**) y se detallan en el GPSAP. Otros países deberán implementar una combinación de estrategias que se adecue a los estándares de certificación y a las prioridades nacionales y regionales. Las capacidades integradas necesarias para mantener la vigilancia del poliovirus se reflejarán en *Global Strategy on Comprehensive VPD Surveillance*, un nuevo documento más exhaustivo que la OMS está redactando en la actualidad, así como en los planes regionales de vigilancia integral;¹⁹ y
- ampliar la red actual de VA y desarrollar una estrategia mundial que incluya la integración de la vigilancia en la de otros patógenos que tienden a la epidemia o EPV a través de la implementación total de las estrategias detalladas en el GPSAP y partiendo del *Polio Environmental Surveillance Expansion Plan*, el plan actual de expansión para aumentar el número de centros y la función de la vigilancia ambiental.²⁰ Aunque la VA ya se utiliza en algunos países para detectar enterovirus, las innovaciones técnicas prometen ampliar su uso para la detección de otras enfermedades diarreicas (como la fiebre tifoidea) y permitir una integración en los esfuerzos por el control general de las enfermedades transmisibles y en iniciativas de la salud pública (como el control del cólera, la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, iniciativas WASH y otros);
- desarrollar la vigilancia entre pacientes de IDP para detectar y tratar a excretores de poliovirus, añadiendo nuevas directrices que incluyan estrategias específicas para los países considerados como de alto riesgo de iVDPV;²¹
- mantener una capacidad básica para detectar el poliovirus de forma rápida y fiable mediante la RMLA a nivel mundial, regional y nacional. Como se detalla en nuevo plan de acción,²² la estructura y capacidad de la RMLA se ajustará a las necesidades de la fase final de detección rápida y secuenciación del poliovirus en muestras fecales y ambientales según requisitos de contención cada vez mayores. Para mantener la capacidad de detección local, los laboratorios nacionales de poliovirus se integrarán en las plataformas de otras enfermedades virales o infecciosas cuando sea posible; sin embargo, es necesario mantener una capacidad específica para la poliomielitis de control de calidad y pruebas de referencia a nivel mundial y regional
- incrementar la eficacia del sistema mundial de información sobre la poliomielitis (POLIS) y asegurar que este se alinea con las redes mundiales integrales de información y seguimiento de EPV y de enfermedades que tienden a la epidemia. El sistema de información actual de la vigilancia de la PFA basada en casos se actualizará para facilitar su uso a otras EPV y enfermedades que tienden a la epidemia. POLIS evolucionará sistemáticamente para informar y compartir datos abiertamente con el nuevo Sistema de Información sobre la Inmunización de la OMS (WIISE) que se está desarrollando para ofrecer un sistema completo de gestión de los datos del programa mundial de inmunización y de la vigilancia.

3. PREPARARSE Y RESPONDER EN CASO DE FUTUROS BROTES Y EMERGENCIAS

Los factores por los que una comunidad está en riesgo de poliomielitis (inseguridad, inaccesibilidad y sistemas débiles) también la hacen susceptible a otros brotes y emergencias. La IEMP y otros equipos de emergencia suelen trabajar juntos en el terreno, desde en casos de brotes de peste en Madagascar hasta en el control y la prevención del cólera en Somalia y Sudán del Sur. Para proteger a la población es fundamental una colaboración más sólida y sistemática entre la IEMP y los programas de emergencia. Además de asegurar una respuesta rápida a cualquier evento de poliomielitis, la IEMP puede aprovechar sus conocimientos, personal y mecanismos para responder frente a emergencias de la salud pública y brotes de enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, la IEMP puede beneficiarse de los sistemas, experiencia y capacidades operacionales de agentes para emergencias y humanitarios. Garantizar que se responde de forma rápida y eficaz a los brotes y emergencias respalda el objetivo de Erradicación, ya que los brotes y emergencias prolongados afectan de forma negativa a las prioridades y a los recursos disponibles para la erradicación de la poliomielitis, en especial a nivel nacional y subnacional.

¹⁹ Conceptual Framework for vaccine-preventable diseases surveillance in Africa 2019–2030. Presentación ante el Grupo de Asesoramiento Técnico de Inmunización Regional, 17 de enero de 2019.

²⁰ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Polio environmental surveillance expansion plan: Global expansion plan under the Endgame Strategy 2013–2018. Ginebra: OMS; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/9.6_13IMB.pdf).

²¹ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (en preparación).

²² Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos. GPLN Action Plan 2019–2023 (en preparación).

Reto y soluciones

RETO:

Atajar la falta de colaboración sistemática entre los programas para la poliomielitis y de emergencias

Debido a la falta de coordinación sistemática entre los programas para la erradicación de la poliomielitis y los de emergencias, a menudo se pierde la oportunidad de identificar posibles sinergias, de ahorrar costes y de satisfacer las necesidades de servicios humanitarios de las poblaciones.

Soluciones

Reforzar y formalizar la coordinación entre la IEMP y los programas de emergencias para garantizar una mayor previsibilidad de las actividades y poder abordar una mayor variedad de riesgos al:

- evaluar de forma sistemática a las poblaciones en donde se producen brotes de poliomielitis para identificar vacíos en el suministro de servicios básicos y compartir información sobre la acción necesaria con agentes para emergencias y humanitarios;
- alinear los procedimientos y el despliegue de respuesta a un brote de poliomielitis con los protocolos y mecanismos estándar de respuesta a emergencias, incluyendo la práctica actual de activar un sistema de clasificación de las emergencias (emergencia de nivel I-III). Tal alineación ayudará a garantizar que el programa de la poliomielitis trabaje sobre la base de una emergencia y permitirá que se activen los procedimientos para emergencias internacionales de la OMS y UNICEF (por ejemplo, captación de personal, canales de financiación y viajes), lo que hará posible que la IEMP responda de forma más rápida y eficaz a los brotes;
- explorar de forma sistemática cómo pueden beneficiar los esfuerzos de respuesta de la IEMP de los mecanismos y plataformas de los programas de emergencias. Esto puede incluir utilizar los programas de aviación y medio ambiente de Naciones Unidas y aprovechar la coordinación de los grupos de salud en los lugares en los que estos operen. Aunque no todas las actividades para la erradicación de la poliomielitis y las de respuesta a emergencias/humanitarias se pueden realizar de forma conjunta, una colaboración más regular ayudará a identificar casos en los que la planificación e implementación conjunta son beneficiosas y en los que trabajar juntos puede sacar partido de los puntos fuertes de cada programa.
- respaldar actividades de respuesta a brotes y emergencias no relacionadas con la poliomielitis y participar en los RRT cuando sea posible y apropiado. El personal de la IEMP suele estar en el terreno cuando se producen brotes y emergencias y cuenta con conocimientos e información sobre la zona fundamentales que pueden resultar de gran ayuda en caso de brotes y emergencias no relacionadas con la poliomielitis. Al formalizar la colaboración sistemática entre los programas para la erradicación de la poliomielitis y los de emergencias se dará un paso importante;
- transferir la responsabilidad de evaluar los riesgos, desarrollar planes de inmunización y responder a brotes de la poliomielitis de OMS y UNICEF a los programas de emergencias correspondientes, de acuerdo con la EPC. Para iniciar este procedimiento, la IEMP y el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (WHE), el principal sistema mundial para la gestión de emergencias sanitarias, desarrollarán un memorándum de entendimiento que garantizará una colaboración a la hora de responder a brotes y emergencias;
- implementar la colaboración en curso entre la División de Inmunización Global de los Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el sistema de emergencias y respuesta mundial de los CDC para abordar la demanda internacional de asistencia técnica y respuestas a brotes de poliomielitis, sarampión y otras EPV que tienden a la epidemia a través del Equipo Mundial de Respuesta Rápida; y
- asegurar que la colaboración sólida entre la OMS y UNICEF y los programas humanitarios y de emergencias —con evaluaciones de riesgo conjuntas, el desarrollo de planes de inmunización y preparación y la comunicación para el desarrollo y la inmunización— se convierta en una práctica estándar para mitigar riesgos a nivel mundial, regional y nacional, en especial en el período posterior a la certificación.

TRANSICIÓN DE LA POLIOMIELITIS

A medida que la IEMP avanza hacia la erradicación, se debe planificar cuidadosamente la disolución de la iniciativa para que las funciones y capacidades principales puedan mantenerse tras la certificación. La transición de la poliomielitis es el procedimiento de transferir las funciones y la financiación de la IEMP necesarias para el mantenimiento de un mundo libre de poliomielitis y, en la medida de lo posible, a otras prioridades sanitarias.

El *Plan de Acción Estratégico sobre la Transición relativa a la Poliomielitis*, presentado en la Asamblea Mundial de la Salud de 2018, establece un marco global para la gestión de la transición y la identificación de las capacidades y recursos que se necesitan, en especial a nivel nacional, para mantener un mundo libre de poliomielitis tras la erradicación, así como para conservar y acelerar los progresos en otros ámbitos programáticos de salud.* Con un presupuesto de 667 millones de USD para 2020–2023, el plan de acción tiene tres objetivos:

1. Mantener un mundo libre de poliomielitis tras la erradicación del poliovirus;
2. Reforzar los sistemas de inmunización, incluida la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, para alcanzar los objetivos del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas de la OMS;
3. Reforzar la capacidad de preparación, detección y respuesta a emergencias de los países para conseguir una implementación total del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Desde 2016, la IEMP ha proporcionado herramientas, orientación, asistencia técnica y apoyo a la sensibilización a los 16 países donde la tiene un mayor impacto para ayudarlos a desarrollar planes nacionales y canalizar de forma gradual las capacidades, recursos e infraestructura de la IEMP hacia los sistemas sanitarios nacionales. La mayoría de estos planes de transición han sido aprobados por las autoridades nacionales y están en fase de ejecución.

La implementación será un procedimiento complejo que necesitará de una asistencia a medida basada en las prioridades, necesidades y capacidades de cada país, así como de un diálogo constante con los gobiernos de los países. La supervisión de este procedimiento recaerá en las dos agencias de implementación, la OMS y UNICEF, que están en mejor situación de proporcionar asistencia desde sus oficinas nacionales y regionales. Las cinco agencias que conforman la OMS están desarrollando planes de transición específicos de forma paralela para asegurar que las funciones se transfieren sin problemas antes del cierre de la IEMP.

La IEMP continuará participando de forma activa en la planificación de la transición de la poliomielitis al:

- ayudar a garantizar que se conservan o refuerzan las capacidades principales necesarias para alcanzar y mantener la erradicación, en especial la vigilancia;
- trabajar por que las funciones de la poliomielitis se canalizan de a los sectores adecuados de los sistemas sanitarios nacionales;
- trabajar con la OMS para alinear el presupuesto del 13.º Programa General de Trabajo (13.º PGT) de la IEMP y la OMS y para mover al presupuesto de base de la OMS los costes de las funciones que deben continuar tras la certificación;
- participar en el procedimiento de consulta de las partes interesadas, puesto en marcha bajo el liderazgo de la OMS en noviembre de 2018, para alcanzar un acuerdo sobre el gobierno, la financiación y la supervisión de la implementación de la *Estrategia Posterior a la Certificación*; y
- continuar recogiendo y compartiendo la historia y las lecciones aprendidas de la erradicación de la poliomielitis hasta el cierre de la IEMP. Los países en transición pueden usar la financiación de la IEMP para reorientar las actividades respaldadas por el programa de la poliomielitis de acuerdo con sus planes de transición, siempre y cuando no se debiliten las funciones principales de la poliomielitis necesarias para la certificación.

Asimismo, también contribuirán al éxito de la transición la implementación del gran número de nuevas estrategias que se detallan en el objetivo de integración de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023*.

*Plan de Acción Estratégico sobre la Transición relativa a la Poliomielitis. Ginebra: OMS; 2018 (<https://www.who.int/olio-transition/strategic-action-plan-on-polio-transition-may-2018.pdf>).



Para avanzar hacia el objetivo final de certificar la erradicación mundial de todos los poliovirus, la IEMP se asegurará de que los estándares de calidad cumplen todos los criterios para la certificación, incluidos los de contención, que son cada vez más importantes. De hecho, aunque empiecen a disminuir los programas de erradicación, seguirán surgiendo los de contención para un futuro cercano.

Objetivo 3: certificación y contención

METAS

Este objetivo se centra en las actividades a medio o largo plazo imprescindibles para mantener un mundo libre de poliomielitis. Es necesario preparar el terreno ahora, antes de que se certifique la mundial del WPV. Las dos metas son:

1. certificar la erradicación del WPV; y
2. contener todos los poliovirus

1. CERTIFICAR LA ERRADICACIÓN DEL POLIOVIRUS SALVAJE

Para avanzar hacia el objetivo final de certificar la erradicación mundial de todos los poliovirus, la IEMP se asegurará de que los estándares de calidad cumplen todos los criterios para la certificación (p. ej. los de vigilancia y contención). La IEMP respaldará también los esfuerzos regionales por la erradicación pendientes como planes iniciales para una certificación secuencial de la erradicación mundial del WPV.

Retos y soluciones

La Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CMC) declaró en 2015 la erradicación mundial del WPV2. En octubre de 2018, al revisar la epidemiología de los tipos de WPV persistentes, la CMC recomendó adoptar una estrategia secuencial para la certificación mundial.²³ Dado que el último caso de WPV3 se detectó en 2012, lo siguiente que se planteará la CMC es cuándo se podrá certificar la erradicación de este virus. Posteriormente, a los tres años del haberse detectado el último aislado, la CMC considerará la certificación de la erradicación del WPV1. La verificación de la ausencia de todos los tipos de cVDPV solo será posible una vez se haya retirado totalmente la OPV específica para cada uno de ellos, en un intervalo que determinarán los datos de modelización y vigilancia.

La IEMP revisará las implicaciones programáticas de la certificación secuencial y pedirá consejo acerca de las acciones necesarias al Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) y su Grupo de Trabajo para la Poliomielitis.

Cuatro de las seis regiones de la OMS ya han sido declaradas libres de todo tipo de transmisión de WPV. En la región de África no se ha detectado el WPV desde septiembre de 2016, y la Comisión Regional de Certificación (CRC) de África ha perfilado intervenciones prioritarias para asegurar la certificación en el plazo debido.²⁴ La otra región sin certificar es la del Mediterráneo Oriental, donde la transmisión del WPV1 persiste en 2019.

RETO 1:

Alcanzar un nivel de vigilancia sensible, especialmente en las zonas inaccesibles, que garantice que se ha interrumpido la transmisión de WPV en todo el mundo

A febrero de 2019, la IEMP ha identificado 28 países (en su mayoría en las regiones sin certificar de África y el Mediterráneo Oriental) que representan una amenaza para la certificación mundial debido a vacíos persistentes en la vigilancia o a una vulnerabilidad crónica a la transmisión del poliovirus.²⁵ A menudo, los desafíos principales para mantener unos estándares de vigilancia adecuados se producen en países con constantes conflictos, infraestructura débil, capacidad técnica limitada o grupos inaccesibles de poblaciones vulnerables.

Soluciones

Incrementar la sensibilidad de la vigilancia del poliovirus en las zonas de alto riesgo de emergencia al:

- dar prioridad a la vigilancia en los países endémicos o con brotes, así como en otros países de alto riesgo en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental, a la hora de asignar la asistencia técnica de la IEMP durante los próximos dos años²⁵; y
- proporcionar a la CMC un análisis en profundidad sobre la epidemiología y la vigilancia del WPV1 en los países endémicos de forma regular, así como información adicional sobre la calidad de la vigilancia en zonas no endémicas clave, afectadas por conflictos e inaccesibles. Los CRC de regiones certificadas seguirán realizando un seguimiento de la calidad de la vigilancia en sus respectivas zonas e interactuando con los países según sea necesario.

²³ Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Informe de la 18ª reunión. Amán; 29-31 de octubre de 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GCC-report-29-31-Oct-20181031.pdf>).

²⁴ Framework for certification of polio eradication in the African Region. Comisión Regional de Certificación de África. Dakar: OMS; agosto de 2018 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/275135>).

²⁵ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Plan de Acción Mundial para la Vigilancia de la Poliomielitis, 2018–2020. Ginebra: OMS; febrero de 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020.pdf>). El plan se actualizará para reflejar en todo momento el trabajo de la IEMP para alcanzar una vigilancia que cumpla los estándares de certificación en todos los países

RETO 2:

Alcanzar totalmente los objetivos detallados en el Plan de Acción Mundial para la Contención (GAPIII)

Certificar el WPV2 e implementar el Plan de acción mundial para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus (GAPIII) de manera sincronizada ha demostrado ser problemático.²⁶ En general, ha llevado más tiempo del que se había anticipado para establecer cuerpos nacionales e internacionales de supervisión y certificación de las instalaciones esenciales de poliovirus (IEP) y completar los informes nacionales sobre material de poliovirus infeccioso o potencialmente infeccioso. Por este motivo, los calendarios para la certificación y para la contención avanzarán de forma independiente hasta que se declare la erradicación, momento en el que se espera que todos los WPV pasen a las IEP.

Solución

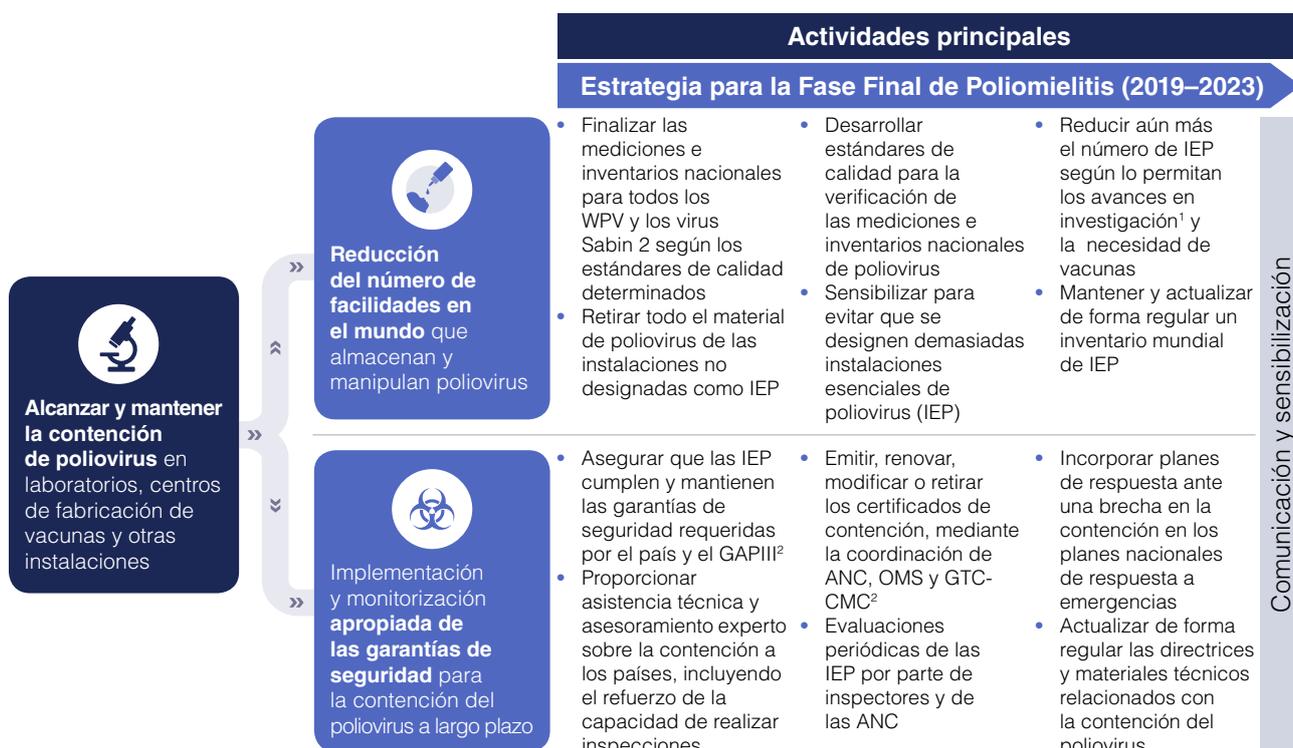
Reducir el número de instalaciones en el mundo que almacenan y manipulan poliovirus hasta que solo queden las que sean realmente esenciales para mantener la erradicación e implementar y monitorizar las garantías de seguridad apropiadas para la contención de poliovirus a largo plazo (véase la sección **Contención de todos los poliovirus**).

RETO 3:

Abordar los desafíos que presenta la comunicación

La certificación secuencial de la erradicación de todos los WPV y la verificación escalonada de la ausencia de cVDPV hacen que sea posible detectar WPV y VDPV, aunque de diferentes tipos. Esta situación presentará un reto en cuanto a la comunicación, tanto para la certificación mundial como para la regional. Como es posible distinguir si una parálisis es causada por WPV o por VDPV, será difícil explicar por qué sigue habiendo casos de cVDPV a pesar de haberse declarado la erradicación del WPV. Incluso explicar el origen de los VDPV y la necesidad de seguir utilizando vacunas antipoliomielíticas como respuesta puede complicar los mensajes sobre las estrategias de erradicación y los problemas de la erradicación a largo plazo.

Imagen 6. Resumen de la contención



WPV: Poliovirus salvaje; GTC-CMC: Grupo de Trabajo sobre la Contención de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la ; ANC: Autoridad Nacional de Contención; IEP: Instalación esencial de poliovirus

¹ Entre los posibles avances se encuentra la sustitución del cultivo de cepas de los virus por otras formas de diagnóstico de la infección del poliovirus o la producción de vacunas con cepas del poliovirus modificadas genéticamente u otras partículas similares a virus.

² El GTC-CMC continuará implementando el Esquema de Certificación de Contención (CCS) hasta la certificación mundial de la erradicación del WPV, momento en el que esta responsabilidad pasará a la organización que se considere apropiada.

Fuente: OMS.

²⁶ GAPIII: Plan de Acción Mundial de la OMS para Minimizar el Riesgo Asociado a las Instalaciones de Poliovirus después de la Erradicación de Poliovirus Salvajes por Tipos Específicos y la Suspensión Secuencial del uso de la Vacuna Antipoliomielítica Oral Ginebra: OMS; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf).

Solución

Atajar directamente los problemas de comunicación alrededor la certificación mundial al:

- coordinar y alinear de forma eficaz mensajes claros y convincentes que definan el alcance y las implicaciones del programa de certificación a través de un «plan de comunicación sobre el VDPV», desarrollado en estrecha colaboración con regiones y países.

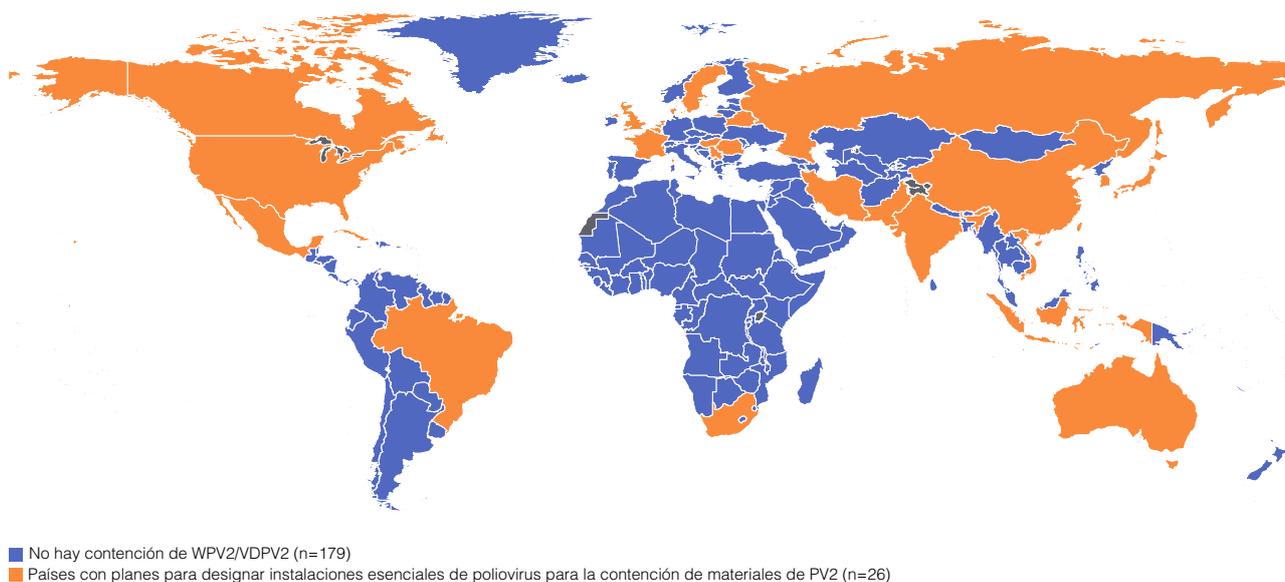
2. CONTENCIÓN DE TODOS LOS POLIOVIRUS

A medida que nos acercamos a la interrupción mundial de la transmisión del WPV y al cese de la bOPV, cobra aún más importancia conseguir la contención total de todos los poliovirus y la garantía de que los laboratorios, los centros de fabricación y los centros de biomedicina cumplen con los requisitos de contención. De hecho, aunque empiecen a disminuir los programas de erradicación, seguirán surgiendo los de contención para un futuro cercano. La importancia de la contención para la certificación se refleja en antiguas estrategias de la IEMP. En la PEESP, la contención formaba parte del Objetivo 3. En la EPC, es el primer objetivo para mantener un mundo libre de poliomielitis. La contención es también parte integral de último borrador del *Technical Report Series 926*, un documento que detalla los requisitos que deben cumplir los fabricantes de vacunas antipoliomielíticas.²⁷

En la actualidad, los laboratorios y los centros de fabricación necesitan manipular poliovirus para la producción de vacunas, los controles de calidad, el diagnóstico y la investigación. Para mitigar el riesgo de que se libere poliovirus de una de estas instalaciones a la población, lo que podría conducir a un restablecimiento de la transmisión del poliovirus en regiones y países libres de poliomielitis, el GAPIII estableció las estrategias y mecanismos necesarios para conseguir una contención eficaz del poliovirus, que fueron aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2015.²⁸

Las acciones a nivel mundial para contener todos los WPV antes de la declaración de la erradicación se engloban en dos actividades principales: (1) reducir el número de instalaciones en el mundo que almacenan y manipulan poliovirus; e (2) implementar y monitorizar las garantías de seguridad apropiadas para la contención del poliovirus a largo plazo (véase la **Imagen 6**).

Imagen 7. Países que almacenan material de poliovirus de tipo 2



Fuente: Información proporcionada por las oficinas regionales de la OMS, a 22 de enero de 2019 (sujeta a cambios).

Retos y soluciones

RETO 1:

Atajar la falta de prioridad que se le otorga a la contención del poliovirus

La recomendación de octubre de 2018 de la CMC de dirigirse específicamente a la erradicación del WPV3 subraya la necesidad de acelerar las actividades de contención de material de poliovirus de tipo 3 (PV3) para asegurar un confinamiento total para principios de la nueva fase estratégica. Sin embargo, los países se

²⁷ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018. Ginebra: OMS; 2013 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_EN_A4.pdf), e Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>), así como Guidelines for the safe production and quality control of poliomyelitis vaccine. Technical Report Series, No 926. Ginebra: OMS; 2018 (https://www.who.int/biologicals/expert_committee/POST_ECBS_2018_Polio_Web_9_Nov_2018.pdf).

²⁸ GAPIII: Plan de Acción Mundial de la OMS para Minimizar el Riesgo Asociado a las Instalaciones de Poliovirus después de la Erradicación de Poliovirus Salvajes por Tipos Específicos y la Suspensión Secuencial del uso de la Vacuna Antipoliomielítica Oral. Ginebra: OMS; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf).

enfrentan los obstáculos políticos y técnicos que pueden ampliar la línea temporal hasta 2020. Asimismo, el número de IEP propuestas para el poliovirus de tipo 2 (PV2) es mucho mayor de lo anticipado. Esta cantidad probablemente aumente una vez se erradiquen los tipos 1 y 3, por lo que se acumulará el trabajo de las autoridades nacionales de contención (ANC).

Soluciones

Continuar con la labor de sensibilización entre los socios de la IEMP y los órganos de gobierno y los comités mundiales y regionales, así como en la Asamblea Mundial de la Salud y otras cumbres, para concienciar sobre el alcance y la magnitud del trabajo necesario para la contención del poliovirus. En la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros adoptaron una resolución que subraya la necesidad urgente de acelerar el progreso hacia la contención mundial del poliovirus.²⁹

- La sede central y las oficinas regionales de la OMS están trabajando con los países en estrategias para crear equivalentes funcionales de las ANC, mientras se abordan los obstáculos políticos y financieros.
- Los socios de la IEMP continuarán participando en la sensibilización mundial, la comunicación y las visitas específicas a cada país para concienciar sobre el riesgo y los costes asociados a albergar una IEP.
- La IEMP seguirá buscando innovaciones técnicas que reduzcan o eliminen la necesidad de almacenar cepas de poliovirus salvaje o vacunal para su uso en la fabricación de vacunas, la investigación o el diagnóstico.

RETO 2:

Verificar y validar de forma constante los informes de contención nacionales

Muchos países han pospuesto los informes sobre material infeccioso o potencialmente infeccioso de tipo 2 de para incluir el material de WPV1 y WPV3, por lo que su finalización se puede retrasar hasta más allá de abril de 2019. La calidad de los informes e inventarios nacionales realizados hasta la fecha ha variado en los países y regiones. Para asegurar la contención del material de PV2 durante y después de las respuestas a brotes de cVDPV2, se deben monitorizar todos los viales de mOPV2 y cualquier otro tipo de material infeccioso o potencialmente infeccioso de tipo 2. Asimismo, se solicitarán informes actualizados de las instalaciones de PV2 y los inventarios nacionales junto con los certificados de destrucción de todo el material de PV2, incluidos los viales de mOPV2 no utilizada.



Darcy Levison, OMS

²⁹ Organización Mundial de la Salud. 71.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA71.16. Poliomieltitis – confinamiento de poliovirus Ginebra: OMS; mayo de 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_26Add1-sp.pdf).

Solución

Trabajar con las regiones y países para acelerar la finalización de los informes e inventarios de contención nacionales. La reciente recomendación del CMC de dirigirse específicamente a la erradicación del WPV3 subraya la necesidad de incluir el WPV3 en estas actividades y compensar las posibles ampliaciones de la línea temporal.

- La OMS está desarrollando modelos estandarizados, requisitos mínimos para la realización de informes y métricas de evaluación para países y órganos supervisores.

Los socios de la IEMP se coordinarán con los países para mantener los inventarios al día y asegurar la destrucción total y en el plazo debido del material pertinente.

RETO 3:

Identificar el impacto que puede tener la secuenciación de la erradicación del poliovirus en las líneas temporales de la contención

La IEMP está perfilando las implicaciones que puede tener la certificación del WPV3 en la aceleración de la contención del virus de tipo 3 (inventarios/destrucción de PV3, certificación de IEP que almacenan PV3) y aquellas asociadas a la producción de la vacuna. La posible certificación específica del WPV3 requerirá que los países y las instalaciones reduzcan sus líneas temporales para la contención de tipo 3.

Solución

Coordinarse con los países para mantener los inventarios al día y asegurar la destrucción total y en el plazo debido del material pertinente. Los socios de la IEMP están trabajando con la CMC para identificar el efecto que puede tener la verificación de la erradicación del WPV3 en el programa mundial para la contención del poliovirus.

RETO 4:

Establecer estándares generales y de gestión para respaldar la certificación a largo plazo

Aunque la gestión de la contención del poliovirus tendrá que ser a largo plazo tras la certificación, todavía se deben establecer numerosos ámbitos de trabajo para promover el cumplimiento de los estándares de contención y para mantener el seguimiento y la supervisión de la vigilancia. Los órganos reguladores aún no han definido el uso del poliovirus tras la certificación. Esto supondrá un desafío, ya que el poliovirus es necesario en muchos estándares de fabricación internacionales para el control calidad de algunos productos médicos y de saneamiento. Asimismo, existe una escasez mundial de auditores formados y cualificados del GAPIII que puedan supervisar y completar los procedimientos de certificación de la contención.

Soluciones

Respaldar la certificación a largo plazo al:

- desarrollar una estrategia para comunicar la necesidad urgente de modificar los requisitos para la industria y los órganos reguladores;
- trabajar en colaboración con los socios en regulaciones nacionales de bioseguridad;
- desarrollar la capacidad nacional a través del reciente lanzamiento de un programa internacional y seguir explorando la posibilidad de que los países compartan auditores; y
- continuar implementando las estrategias abordadas en la EPC en cuanto a problemas y mecanismos de contención a largo plazo.



La IEMP está comprometida con promover la igualdad de género y mantener un ambiente de trabajo inclusivo y respetuoso. Este compromiso es especialmente relevante debido a que los 16 países donde la IEMP tiene un mayor impacto son también los que presentan las mayores desigualdades de género.

En Pakistán, las mujeres contratadas en la zona y basadas en la comunidad que forman parte del personal sanitario son clave para el progreso de la erradicación de la poliomielitis en la compleja atmósfera del país y tienen un papel cada vez más importante dentro de sus comunidades.

ASPECTOS QUE CAPACITAR

IGUALDAD DE GÉNERO

La IEMP ha transformado sus estrategias a medida que nos vamos acercando a la erradicación, centrándose cada vez más en el género como factor determinante en la demanda de servicios sanitarios y como variable decisiva en los resultados de la vacunación.³⁰ A la hora de implementar un enfoque de género, la IEMP ha intensificado la recogida y el análisis de datos desglosados por sexo y el uso de análisis de género para orientar la programación, crear oportunidades para el liderazgo de las mujeres y asegurar que todas las mujeres, hombres y personas con identidades no binarias tienen el mismo derecho a participar de forma significativa en la erradicación de la poliomielitis.³¹

Estrategias de género para alcanzar a las poblaciones

La IEMP ha desarrollado una estrategia para orientar su trabajo hacia una integración eficaz de la igualdad de género en todo el programa. El documento *Technical Brief: gender* describe cómo las normas, roles, relaciones y desigualdad de género pueden obstaculizar la comunicación, la inmunización y la vigilancia.³² Las estrategias que tienen en cuenta el factor del género han sido eficaces a la hora de superar estos obstáculos, al abordar el rechazo de la vacuna, crear confianza y ayudar a llegar hasta el último niño, en especial en los países endémicos.

Las mujeres que trabajan en primera línea y las impulsoras sociales tienen un papel decisivo a la hora de transmitir la importancia de las vacunas. La mayoría están empleadas a tiempo completo para realizar actividades a nivel local: desde el registro, la vacunación y el seguimiento de todos los niños menores de 5 años, hasta el desarrollo de microplanes y la movilización de comunidades para alcanzar los objetivos de la campaña. En los países endémicos, las mujeres constituyen en la actualidad el 99 % de los trabajadores en primera línea de Nigeria, el 68 % de Pakistán y el 34 % de Afganistán.

El programa involucra a voluntarios mediante la vigilancia basada en la comunidad para monitorizar e informar sobre posibles casos de PFA en zonas de difícil acceso o entre poblaciones particulares, algunas de las cuales prefieren las prácticas curativas tradicionales a los centros de salud. Los equipos nacionales consultan con líderes locales a la hora de identificar individuos que se adecuan a las normas culturales de género y edad para reducir las posibilidades de que los voluntarios se enfrenten a obstáculos durante la investigación de casos o la recogida de muestras.

La IEMP recoge, analiza y utiliza datos desglosados por sexo para asegurar que la vacunación y la vigilancia de la PFA alcanza en la misma medida a niñas y niños. La IEMP continuará asegurando que los análisis de género se tienen en cuenta en todas las actividades programáticas, destinando los recursos económicos y humanos necesarios para implementar el enfoque de género en la planificación, la implementación, el seguimiento y la evaluación.

Impulsar una participación igualitaria y significativa de las mujeres

Al impulsar la participación de las mujeres, la IEMP no solo ha incrementado su eficacia a la hora de proporcionar servicios sanitarios, sino que también ha contribuido a aumentar el número de mujeres que trabajan en la sanidad pública, al empoderarlas con una variedad de habilidades transferibles. La IEMP está comprometida con promover la igualdad de género y mantener un ambiente de trabajo inclusivo y respetuoso. Este compromiso es especialmente relevante debido a que los 16 países donde la IEMP tiene un mayor impacto son también los que presentan las mayores desigualdades de género. El programa aplica una política estricta de tolerancia cero para todo tipo de acoso y explotación sexual, conducta inadecuada y abuso³³

Para fortalecer los logros del programa, la IEMP pondrá aún más énfasis en la participación igualitaria y significativa de las mujeres a todos los niveles, incluida la composición de los órganos de gobierno, supervisión y asesoramiento, así como los equipos de las oficinas nacionales. La IEMP colaborará con comunidades para la salud y la inmunización más generales para compartir las lecciones aprendidas y asegurar que se presta una especial atención a la participación igualitaria de las mujeres, en especial en puestos de liderazgo y de toma de decisiones, y reforzará esta colaboración a medida que se produce la transición del programa. La IEMP está comprometida con alcanzar la paridad de género (50/50 %) en todos los órganos de gobierno, asesoramiento técnico y supervisión para 2020.

GOBERNANZA Y GESTIÓN

Las estructuras de gobierno y gestión de la IEMP han sido uno de los factores clave del éxito de los esfuerzos del programa para erradicar la poliomielitis. Las estrategias programáticas y técnicas claras y comprobadas son

³⁰ El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Estos varían de una sociedad a otra y pueden cambiarse. Para una definición en detalle del género, véase el apartado sobre género, igualdad y derechos humanos de la OMS (<https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>).

³¹ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. FAQs: Gender & Polio Eradication. Ginebra: OMS; 2018 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/07/polio-vaccination-gender-FAQ-Frequently-Asked-Questions-GPEI_Gender-and-Polio_20180710.pdf).

³² Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Technical brief: gender. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/03/GPEI-Gender-Technical-Brief-2018-ver-3.0.pdf>).

³³ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Secretaría del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis. Statement on sexual misconduct. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-oversight-board-statement-on-sexual-misconduct-20180426.pdf>).

importantes, pero también lo es la forma en la que la IEMP las implementa. Es necesario realizar cambios de forma periódica en las estructuras de la alianza para:

- enfrentarse a los riesgos epidemiológicos;
- preparar a la alianza para responder de forma eficaz y eficiente; y
- ayudar a evitar el desgaste en primera línea asegurando que todas las habilidades y capacidades se transfieren con rapidez.

La estructura de gestión actual de la IEMP tiene su origen en una exhaustiva revisión que se realizó en 2014 tras el PEESP con el objetivo de proporcionar recomendaciones para la implementación (véase Anexo E). También fue provocada por el aumento de casos de WPV en ocho países en 2013. La revisión llegó a varias conclusiones clave, aprobadas por el POB en diciembre de 2014, que ayudaron al programa a concentrar sus esfuerzos.³⁴

La alianza necesita operar de manera rápida y ágil para interrumpir la transmisión del WPV en los dos últimos países donde persiste. La mejor forma de conseguirlo es garantizando que el programa cuenta con estructuras sólidas a nivel regional y nacional en Afganistán y Pakistán al:

- pasar la delegación de autoridad de nivel mundial a nivel regional/nacional para responder rápidamente a los cambios que se produzcan de forma nacional, subnacional y de distrito;
- proporcionar la financiación y el personal necesarios a nivel local para dinamizar la implementación en áreas geográficas prioritarias (las rutas del norte y del sur y Karachi); y
- mover a primera línea la experiencia técnica y de coordinación de la alianza para llegar los niños que siguen sin ser alcanzados en zonas y poblaciones que suelen ser reservas habituales del virus.

Se está estableciendo una plataforma de colaboración para Afganistán-Pakistán junto con los COE nacionales y estatales para ayudar a estos dos países con la planificación estratégica y la implementación de los Planes Nacionales de Acción de Emergencia (NEAP). Los principales ámbitos que recibirán apoyo serán: (1) la calidad de las campañas y la vigilancia; (2) el refuerzo de la gestión; (3) el análisis de datos; (4) la comunicación y la sensibilización; (5) la movilización de recursos; (6) la gestión de subvenciones; y (7) la coordinación de las iniciativas entre fronteras. El personal de la plataforma incluirá representantes de los cuatro socios de implementación.

El informe de la Junta de Seguimiento Independiente (IMB) de 2018 menciona el cansancio del personal de la OMS y UNICEF y la falta de incentivos a nivel nacional en Afganistán y Pakistán como factores que afectan a la solidez del compromiso necesario en cada país.³⁵ Ambas agencias están revisando las prácticas de rotación de personal, la duración de las tareas y los paquetes de incentivos para que el personal se mantenga descansado, comprometido y motivado hasta alcanzar la meta.

También se está realizando una evaluación de los grupos de trabajo y de gestión de la IEMP, para considerar los nuevos ámbitos propuestos para la alianza en esta estrategia 2019–2023. El Comité de Estrategia está desarrollando mecanismos para asegurar que las nuevas estrategias detalladas en los tres objetivos cuentan con marcos de responsabilidad, metas y planes de comunicación. Será también decisivo actualizar los marcos actuales de responsabilidad conjunta con socios como la Alianza para Vacunas Gavi, los grupos de inmunización y los de emergencias para incorporar nuevos ámbitos de colaboración.

La alianza continuará revisándose y ajustándose en la medida en que sea necesario para asegurar que la IEMP y sus grupos de seguimiento y asesoramiento siguen cumpliendo su propósito.

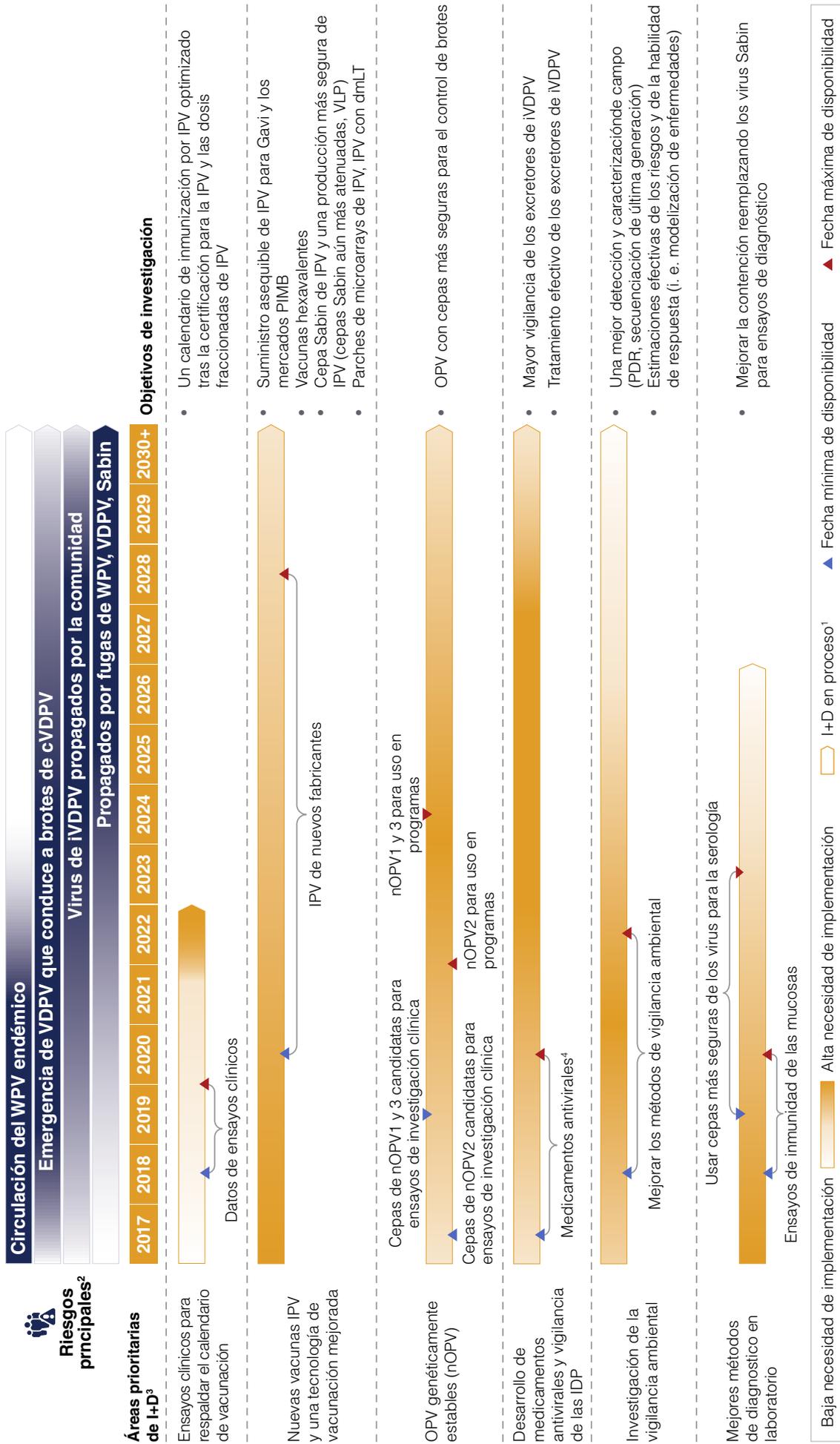
INVESTIGACIÓN

El programa de investigación de la poliomielitis incluye tanto proyectos que abordan necesidades a corto plazo como proyectos que pueden tardar años en completarse. El desarrollo de una nueva OPV genéticamente estable ha avanzado hasta la Fase 2, y se están probando dos nuevos medicamentos antivirales en voluntarios y en niños infectados por iVDPV. Es necesario realizar un progreso continuado en estas iniciativas decisivas para reducir el riesgo de emergencia de VDPV tanto antes como después de la certificación. Entre otros ámbitos de investigación más generales se incluyen el desarrollo de nuevas IPV para reducir costes, mejorar la cobertura y reducir los riesgos asociados al uso de poliovirus vivos en la fabricación de vacunas; la vigilancia serológica para evaluar a la inmunidad de la población; la modelización de enfermedades infecciosas para estimar los riesgos tras el cese y ofrecer un apoyo a la vigilancia ambiental; el desarrollo de nuevas pruebas de laboratorio para mejorar la detección del virus, cumplir con los requisitos de contención y medir la inmunidad de las mucosas; nuevas tecnologías para la administración de la IPV; y la investigación clínica de nuevas vacunas y calendarios de vacunación para la política de salud pública (véase la **Imagen 8**).

³⁴ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Reunión del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis. Actas de la reunión; 12 de diciembre de 2014 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/POB_Minutes_Mtg20141212.pdf).

³⁵ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Junta de Seguimiento Independiente. How to cut a long story short: Sixteenth report; octubre de 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/11/20181105-16th-IMB-Report-FINAL.pdf>).

Imagen 8. Resumen del programa de investigación



WPV: Poliovirus salvaje; VDPV: Poliovirus derivado de la vacuna; cVDPV: Poliovirus derivado de la vacuna; iVDPV: Poliovirus derivado de la vacuna asociado con inmunodeficiencia; IPV: Vacuna antipoliomielítica inactivada; OPV: Vacuna antipoliomielítica oral; nOPV: Vacuna antipoliomielítica oral bivalente; PIMB: Países de ingresos medio-bajos; VLP: Partículas similares a virus; dmlT: toxina doble mutante lábil al calor; IDP: Inmunodeficiencias primarias; PDR: Prueba de diagnóstico rápido; NGS: Secuenciación de última generación.
¹ Es posible que no se haya finalizado la fase de I+D antes de la necesidad de implementación de productos nuevos. ² La línea temporal de riesgos parte del calendario actual de certificación, la investigación continuará a pesar de los cambios en este. ³ Los proyectos de investigación específicos mencionados son ejemplos, y no una lista exhaustiva. ⁴ La fecha mínima de disponibilidad se aplicará para el uso compasivo autorizado.
 Fuente: OMS.

FINANCIACIÓN

Financiación necesaria para alcanzar y mantener la erradicación

En septiembre de 2018, el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis (POB) aprobó un presupuesto plurianual que establece los recursos que necesita la IEMP de 2019 a 2023. Los cinco años de duración de este presupuesto (y de esta estrategia) se basan en la previsión de que la interrupción de la transmisión tendrá lugar en 2020, aunque se hará todo lo posible para detenerla antes.

El presupuesto de cinco años de la IEMP es el principal elemento de la estrategia relativo a los costes de la erradicación, aunque no el único (los costes adicionales no pertenecientes a la IEMP se detallan más abajo). El presupuesto logra un equilibrio entre invertir en mantener e intensificar las intervenciones clave y realizar reducciones específicas para contener los costes. El coste total estimado en el presupuesto es de 4 200 millones de USD, incluidos unos costes adicionales de 3 270 millones de USD (fuera de lo ya se obtenido para 2013–2019) que deben movilizarse para la financiación total del plan. La movilización de recursos se seguirá un supuesto de inversión en la IEMP que se pondrá en marcha en mayo de 2019.

El presupuesto de 2019–2023 se reduce año a año del 4 % al 9 %, lo que supone un total del 25 % en cinco años, desde los 942 millones de USD en 2019 a los 704 millones de USD en 2013 (véase la **Imagen 10**). Las reducciones comenzarán en 2020 en los países libres de poliomielitis y de menor riesgo, donde los planes de transición progresarán hacia la toma de una mayor responsabilidad en el mantenimiento de las funciones fundamentales a medida que se reduce el apoyo de la IEMP. En algunos países se espera que la retirada de los fondos de la IEMP se equilibre por completo a través las contribuciones nacionales; otros países con recursos y capacidades limitados pueden necesitar planes para atraer fondos y apoyo no provenientes de la IEMP.

La IEMP seguirá animando y ayudando a programas complementarios, socios y Estados Miembros a adaptar los considerables recursos y conocimientos del programa de la poliomielitis a otros objetivos sanitarios a medida que nos acercamos a la erradicación de la poliomielitis.

Aunque los centros de investigación tienen que cumplir los requisitos de contención, los beneficios que puede tener la investigación para la contención incluyen el desarrollo e implantación de cepas alternativas de poliovirus de uso seguro para la comunidad y que se puedan fabricar sin necesidad de contención. El principal objetivo de la contención es reducir el número de instalaciones que almacenan y manipulan poliovirus. Los avances en investigación pueden ayudar a la IEMP a alcanzar este objetivo, lo que a su vez ayudará a mantener el mundo libre de poliomielitis.

Como se distribuirá el presupuesto de la IEMP

Imagen 9. Presupuesto plurianual de la IEMP por ubicación, 2019–2023



Fuente: OMS.

- Los presupuestos para Afganistán y Pakistán se mantienen desde 2019 y se empieza a reducir solo a partir de 2022, una vez interrumpida la transmisión del poliovirus.
- Aunque el presupuesto para Nigeria se empieza a reducir antes, porque el país está más cerca de la erradicación, en general las reducciones se compensarán con recursos no provenientes de la IEMP, incluido el apoyo nacional de las funciones básicas necesarias para mantener el país libre de poliomielitis y de las actividades de transición
- El presupuesto también contempla una dotación para responder a los brotes de cVDPV.
- Entre las actividades, las campañas de inmunización absorben casi un tercio del presupuesto y continúan representando el mayor gasto específico. El porcentaje del presupuesto destinado a la vigilancia aumenta a medida que el presupuesto general disminuye, lo que refleja la necesidad continuada de vigilancia, incluso cuando el programa se acerque a la certificación (véase el **Anexo F**).

El presupuesto podría modificarse si la estrategia necesita de intervenciones nuevas o intensificadas, por ejemplo, ampliar la edad de la población objetivo de la inmunización. Aunque todavía se sigue analizando el valor de nuevos enfoques, se espera que el presupuesto de la IEMP de 4 200 millones de USD absorba cualquier coste adicional. Los nuevos costes se incorporarán a una matriz de prioridades que se ha adoptado recientemente para garantizar que se financian primero las intervenciones más rentables y con más impacto.

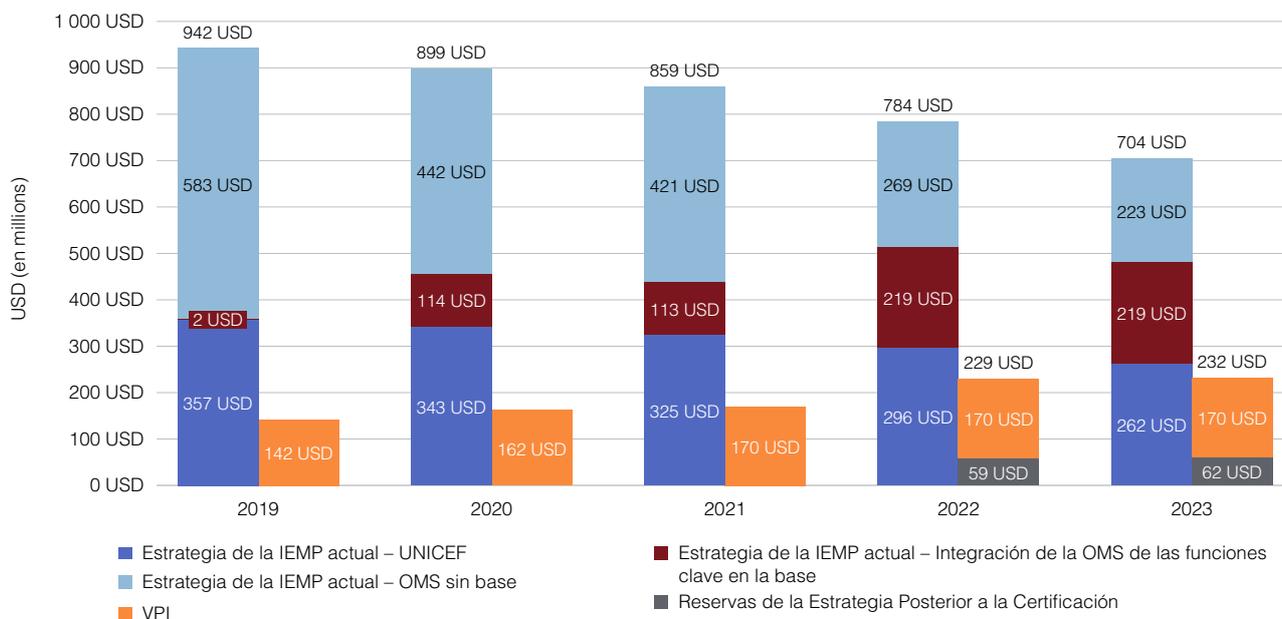
Gastos adicionales necesarios para alcanzar y mantener la erradicación

Por sí solo, el presupuesto de la IEMP no será suficiente para alcanzar y mantener la erradicación ni para implementar esta estrategia. Por ejemplo, de 2019 a 2025 se necesitarán entre 100 y 200 millones de USD por año para costear la IPV en 70 países respaldados por Gavi, un elemento clave tanto para alcanzar la erradicación como para mantenerla. La IEMP y la Alianza para Vacunas Gavi han colaborado a lo largo de los años en una gran variedad de ámbitos, como la introducción y la implantación de la IPV en los calendarios de inmunización nacionales a la vez que se gestionaban las escasas existencias mundiales. En 2018, a petición del POB, el Consejo de Gavi aprobó de forma excepcional financiar la IPV durante 2020 con fondos básicos. El Consejo de Gavi aprobó también la continuidad de esta financiación durante el período 2021–2015, sujeta a la disponibilidad de fondos (aproximadamente 850 millones de USD) y a los acuerdos de financiación de los países para alinearse con los parámetros finales de Gavi 5.0. La IEMP y Gavi se han comprometido a trabajar conjuntamente en la sensibilización con el objetivo de asegurar la financiación de la IPV en el futuro.

Asimismo, se estima que se necesitarán 121 millones de USD para crear reservas de OPV que poder utilizar en respuestas a brotes si se detecta cualquier WPV tras la certificación. Como estas reservas solo se utilizarán después de la certificación (y, por tanto, tras el cierre de la IEMP) se encuentran fuera del presupuesto actual de la IEMP. No obstante, como son esenciales para mantener la erradicación, la IEMP se ha comprometido con la concienciación y la búsqueda de recursos como parte de la implementación de la *Estrategia Posterior a la Certificación (EPC)*.³⁶

Los proyectos detallados en la sección de Integración (véase el **Objetivo 2: integración**) en los que la IEMP colaborará con otros agentes de la salud para ofrecer un paquete combinado de servicios con el objetivo de alzar y proteger a las poblaciones para lograr y mantener la erradicación no se presupuestan por separado en esta estrategia. Muchas de estas iniciativas están o estarán financiadas desde fuera de la IEMP a través de mecanismos, iniciativas y colaboraciones existentes (como la Iniciativa de prestación de servicios integrales dirigida por UNICEF, la iniciativa de inmunización de la Fundación Bill y Melinda Gates y las subvenciones/ refuerzo del sistema sanitario de Gavi).

Imagen 10. Coste general para alcanzar la erradicación, 2019–2023



IEMP: Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis; IPV: Vacuna antipoliomielítica inactivada
Fuente: OMS.

³⁶ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

El presupuesto de la IEMP de 4 200 millones de USD abarca los costes de los dos socios de implementación, la OMS y UNICEF. Los costes adicionales no pertenecientes a la IEMP consisten en la financiación de la IPV y el coste puntual de crear reservas de OPV que utilizar tras la certificación. Juntos, los elementos de la IEMP y los no pertenecientes a la IEMP elevan el coste total de alcanzar y mantener la erradicación de la poliomielitis de 2019–2023 a 5 100 millones de USD (unos 1 000 millones de dólares fuera de la IEMP).

De 2020 en adelante, los costes de funciones básicas de la sanidad pública aparecerán en el presupuesto base de la OMS (p. ej. 114 millones de USD en 2020). Esto refleja el compromiso de la OMS de canalizar y mantener las capacidades principales a largo plazo, como una vigilancia sensible y amplia y los laboratorios de referencia necesarios para garantizar que el mundo sigue libre de poliomielitis tras la certificación. Al mismo tiempo, mantener esta sección dentro del presupuesto de la IEMP indica su compromiso con la búsqueda de financiación y la preservación de los recursos y actividades fundamentales que el programa ha puesto en marcha hasta que se alcance la erradicación.

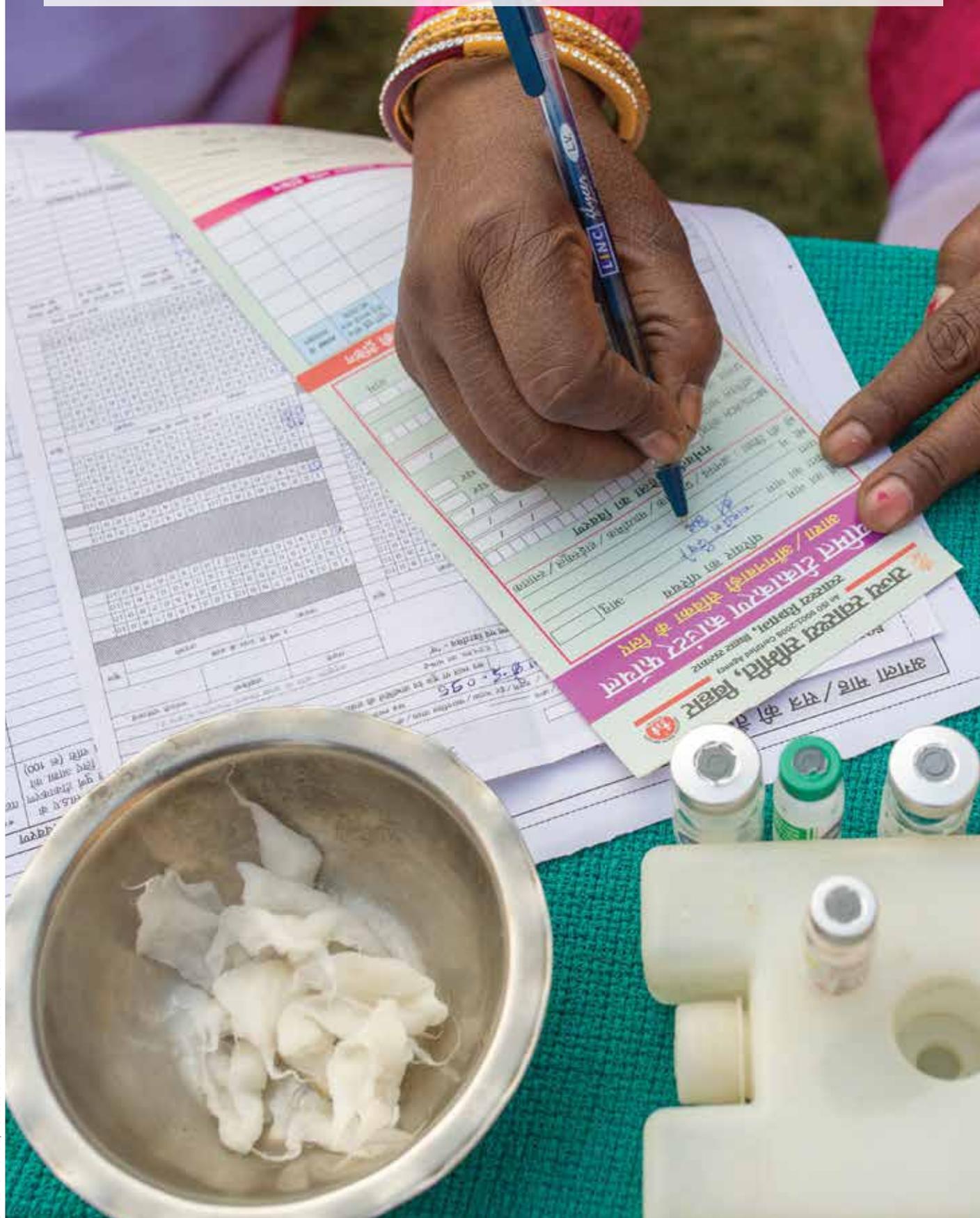
UNICEF ha identificado las actividades y funciones del programa de la poliomielitis, como la comunicación y la movilización y el suministro y la gestión de vacunas, que han aportado contribuciones y lecciones aprendidas a la hora de alcanzar y proporcionar servicios a algunos de los niños más marginados y difíciles de alcanzar del mundo. Dado el conocido valor de estos recursos y su potencial para reforzar la inmunización e incrementar la tasa de cobertura, y para evitar el riesgo de que se pierdan, UNICEF está trabajando con los gobiernos para que incorporen estas funciones en los planes y estrategias de inmunización y salud nacionales. Estas funciones ya se están incorporando de forma gradual tanto a nivel técnico como económico en la inmunización, la salud, la comunicación para el desarrollo y otros programas. Esta transición continuará durante todo el período 2019–2023.



Asad Zaidi, UNICEF

Aunque la implementación de la Estrategia Posterior a la Certificación tendrá lugar tras la certificación, debemos empezar a prepararnos ahora para garantizar que la transición se produce sin problemas antes del cierre de la IEMP.

Un trabajador sanitario rellena una cartilla de inmunización durante una campaña multiantígeno en la aldea de Tilkeshwar, en la remota zona de la cuenca del río Kosi, en el estado de Bihar, India.



PREPARACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA POSTERIOR A LA CERTIFICACIÓN

Durante el período 2019–2023 han de realizarse actividades clave para garantizar que se implementa con éxito la *Estrategia Posterior a la Certificación* (EPC), que comenzará una vez se certifique la erradicación de la poliomielitis.³⁷ La EPC describe las funciones y estándares técnicos necesarios para mantener un mundo libre de poliomielitis. La OMS empezó a definir estas actividades y los costes asociados a las mismas en noviembre de 2018.

Aunque la implementación de la EPC tendrá lugar tras la certificación, debemos comenzar a prepararnos ahora para garantizar que la transición se produce sin problemas antes del cierre de la IEMP. En las secciones pertinentes de esta estrategia para 2019–2023 se han incluido muchas actividades de preparación; por ejemplo, en el objetivo de Integración se aborda una mayor colaboración con la comunidad de inmunización y los programas de emergencias para prevenir y responder a brotes.

Se debe comenzar a trabajar en varios ámbitos decisivos en el período 2019–2023. Estos incluyen:

MINIMIZAR LOS RIESGOS POSTERIORES A LA CERTIFICACIÓN

Contención del poliovirus

La implementación y el seguimiento de la contención del poliovirus a largo plazo en instalaciones con las garantías de seguridad apropiadas será fundamental para mantener un mundo libre de poliomielitis. Es necesario establecer ahora actividades puente para asegurar una contención plena en la EPC.

Las instalaciones que almacenen material de poliovirus y designadas como IEP necesitarán implementar y mantener las garantías de seguridad requeridas por el GAPIII y permitir que auditores y autoridades nacionales de contención (ANC) las evalúen de forma periódica. Las ANC renovarán, modificarán o retirarán los certificados de contención en colaboración con la OMS y el GTC-CMC o con otros órganos de supervisión. Las ANC son órganos relativamente nuevos y, por lo tanto, necesitan del apoyo político de los Estados Miembros y, a menudo, nuevos mandatos legislativos. La sensibilización seguirá siendo fundamental, y todos los órganos, desde los nacionales hasta los internacionales, necesitarán un entendimiento común del procedimiento de contención mundial y sus requisitos.

Como preparación ante una posible brecha, la OMS ha desarrollado unas pautas para la gestión de las personas expuestas en países que acogen IEP. La situación de brecha en la contención también se ha incorporado a los ejercicios de simulación de brotes (POSE). Estos ejercicios de simulación de dos días han demostrado ser esclarecedores a la hora de identificar diferencias entre las autoridades nacionales y los mandatos para el aislamiento y la cuarentena.

Cese de la OPV

La retirada total de la OPV tendrá lugar, aproximadamente, un año después de la certificación de la erradicación del WPV. El cese de la OPV es fundamental para acabar con la poliomielitis paralítica asociada con la vacuna (VAPP) y para eliminar los principales riesgos de emergencia de todos los tipos de VDPV. Se empezará a planificar la retirada de la OPV con dos años de antelación, partiendo de las lecciones aprendidas durante el cambio de la tOPV a la bOPV. Se considerará realizar ASI anteriores al cese en las zonas de alto riesgo durante el año anterior al mismo.

GESTIÓN DE VACUNAS

Reservas de OPV

La OPV seguirá siendo la forma más eficaz de responder a los brotes de poliomielitis, incluso después de la certificación. Como preparación para la retirada total de la OPV y para asegurar una respuesta rápida y eficaz a los brotes tras el cese de la misma, la IEMP ha empezado a planificar la creación de reservas de mOPV de los tipos 1 y 3, partiendo de su experiencia con la mOPV2. La gestión diaria de estas reservas será realizada en conjunto por la OMS y la División de Suministros de UNICEF. Estas reservas estarán estrictamente reguladas y solo el Director General de la OMS tendrá autoridad para aprobar la liberación de OPV.

³⁷ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. *Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis*. Ginebra: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

Los esfuerzos para crear reservas de OPV de tipo 1 y 2 deben realizarse ahora. Varios fabricantes de vacunas han empezado a disminuir la producción de OPV anticipándose a la erradicación. La IEMP debe comunicar de forma clara y firme la necesidad de OPV y mantener un contacto regular con el sector de la vacunación. Además de poner en marcha los contratos necesarios para asegurar un suministro adecuado, en casos de ser necesario la IEMP explorará iniciativas para asegurar que los fabricantes siguen produciendo durante el cese y la creación de reservas. Mantener una base de proveedores variada seguirá siendo fundamental para asegurar una respuesta rápida a brotes.

Suministro de IPV para los programas de inmunización

La IPV será clave para mantener un mundo libre de poliomielitis, ya que desarrolla la inmunidad de la población a los tres tipos de poliovirus. En los próximos años aparecerán nuevos fabricantes de IPV, lo que aumentará el suministro y reducirá los costes. La IEMP, en estrecha colaboración con la Alianza para Vacunas Gavi, continuará centrándose en establecer un mercado próspero de IPV que incluye suficientes existencias, una base de proveedores variada y precios asequibles. Para ello, es necesario mantener una relación cercana con el sector de las vacunas mediante, por ejemplo, la solicitud puntual de información. Esta colaboración se extenderá también a aspectos operativos, como la priorización en la distribución del suministro y la planificación de actividades para poner al día a cohortes no alcanzadas previamente, ya sea a través de programas o de campañas de inmunización.

El compromiso de la Alianza para Vacunas Gavi de reforzar su colaboración con la IEMP, incluida su promesa de financiar la IPV para 2019–2020 y posiblemente en adelante, permitirá que la OPV se gestione de manera global como parte de los esfuerzos generales por proporcionar vacunas a los sistemas de inmunización (ya sea como una vacuna independiente o como parte de una vacuna hexavalente que la contenga) y garantizará que el suministro de IPV se beneficia de las estrategias de configuración de mercados de Gavi, así como de sus mecanismos para monitorizar la cobertura de la IPV. Asimismo, se deben explorar formas de asegurar la accesibilidad y disponibilidad de la IPV para mercados de ingresos medios.

La orientación por parte de los órganos de supervisión, incluido el Grupo de Trabajo sobre los Riesgos Asociados al Cese (CRTT) y el SAGE y su Grupo de Trabajo para la Poliomielitis, será fundamental para proponer estrategias adecuadas y basadas en la evidencia de mitigación de riesgos a través de la priorización de la distribución de la IPV, allí donde sea necesario.

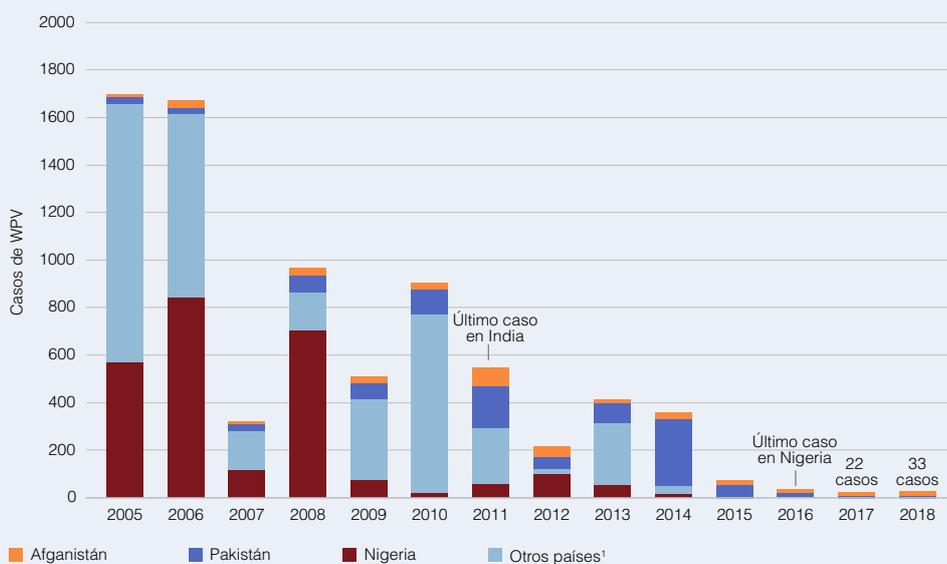


UNICEF

EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL

La IEMP sigue registrando una disminución drástica de los casos de WPV anuales en todo el mundo, lo que significa que se están realizando progresos significativos bajo el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final, 2013–2018. A febrero de 2019, se está registrando un solo tipo de WPV dentro de uno de los bloques epidemiológicos: Pakistán y Afganistán. En Nigeria no se han registrado casos de WPV desde septiembre de 2016 y desde 2014 no se han producido brotes de WPV en ningún lugar del mundo, a excepción de en los tres países endémicos. Las medidas tomadas en cuanto a liderazgo, capacidad y estructura de los programas de erradicación de la poliomielitis de Pakistán y Afganistán han permitido alcanzar este éxito.

Casos de WPV1 en países endémicos y países con brotes, 2005–2018



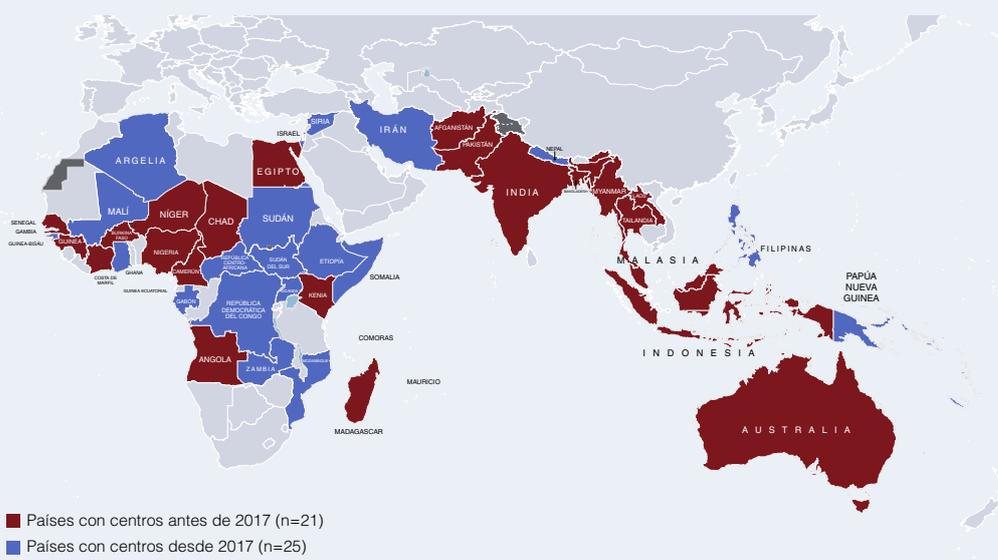
ASPECTOS DESTACADOS

- Durante 2017 y 2018, solo se detectaron transmisiones por WPV1 en Afganistán y Pakistán. El WPV2 se declaró erradicado en 2015, y no hay casos por WPV3 desde 2012
- No ha habido brotes mundiales de WPV desde 2014

Países respaldados por la IEMP que contribuyen con centros de vigilancia ambiental a la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos (RMLA), 2017–2018

ASPECTOS DESTACADOS SOBRE LA VIGILANCIA

- Durante 2017 y 2018 se han establecido 104 nuevos centros de vigilancia (aguas residuales) en 22 de los 34 países objetivo
- A noviembre de 2018, se habían recogido 5075 resultados de vigilancia ambiental en 32 países diferentes, en comparación con los 4260 resultados de 24 países en 2017
- La vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) continua siendo sólida y está establecida en todo el mundo



Fuente: Toda la información proviene del sistema POLIS de la OMS, y está actualizada a 28 de enero de 2019.

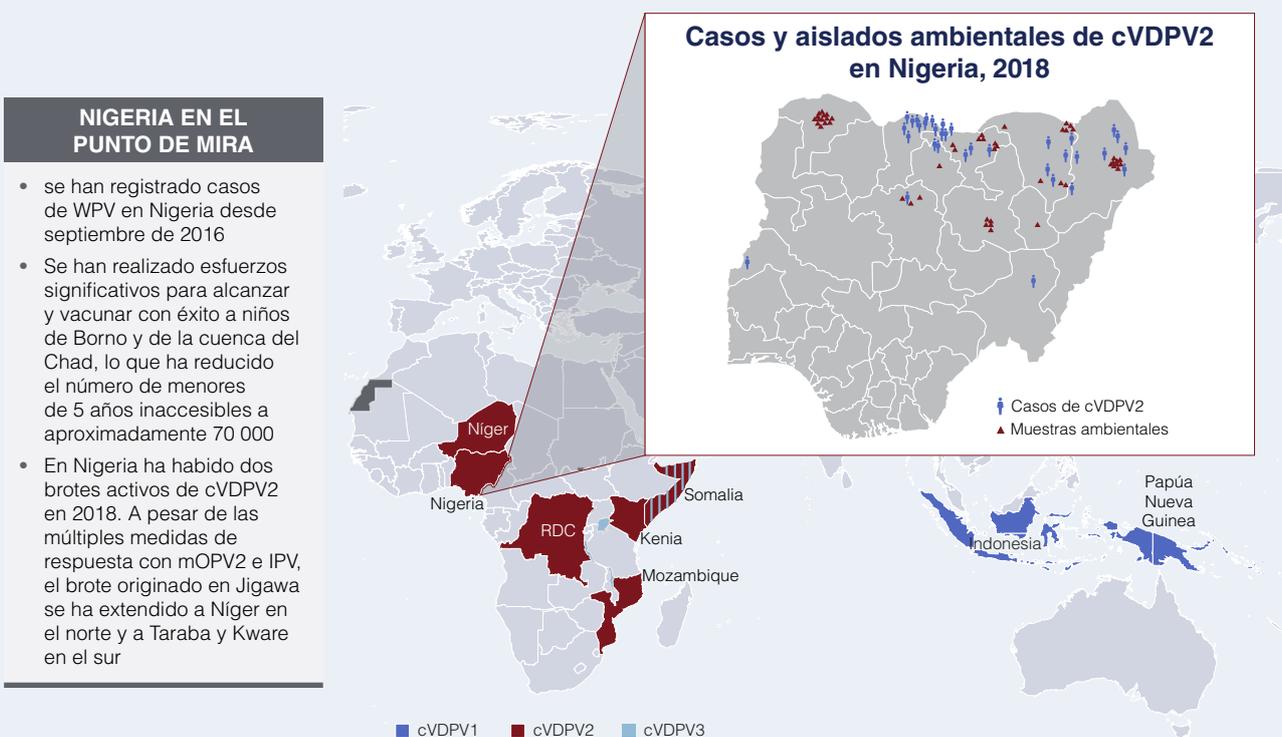
Sin embargo, en 2019 sigue produciéndose la transmisión del WPV1 endémico, lo que requiere intensificar los esfuerzos, concentrar los recursos y prestar gran atención, especialmente en las rutas de transmisión de un país al otro y en Karachi. El 16.º informe de la Junta de Seguimiento Independiente (IMB) se realizó mediante un procedimiento de revisión externo de los tres países endémicos. Las recomendaciones de la IMB se utilizaron como uno de los puntos de partida para esta la nueva estrategia.

La vigilancia de la PFA sigue manteniéndose en todo el mundo, mientras que la red de vigilancia ambiental se ha ampliado significativamente en 2018. Esto ha permitido al programa detectar nuevos brotes y apariciones de VDPV. La IEMP ha respondido a 15 brotes de cVDPV desde 2014. A febrero de 2019 11 de estos brotes siguen en activo.

Casos y aislados ambientales de WPV1 en Pakistán y Afganistán, 2017 vs. 2018



Brotos de cVDPV en activo, 2018



Fuente: Toda la información proviene del sistema POLIS de la OMS, y está actualizada a 28 de enero de 2019. Nota: la ubicación de casos y aislados ambientales en provincias locales es aproximada. Para más información, consulte POLIS o póngase en contacto con los Centros Nacionales de Operaciones de Emergencia correspondientes.

ANEXO A

Situación de 2018

Desde que la Asamblea Mundial de la Salud declaró su compromiso con la erradicación de la poliomielitis en 1988 se ha realizado un avance extraordinario. En 2018, la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) había conseguido una reducción del número de casos de parálisis del 99,99 %. El *Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013–2018* (PEESP) y la *Midterm Review* (MTR) que se completó en 2015 han sido decisivos a la hora de identificar las estrategias clave y las medidas correctivas de mitad de período que la IEMP y sus socios siguen implementando a día de hoy.³⁸ Como parte de las recomendaciones de la MTR, el programa amplió el calendario del PEESP hasta 2019.

El PEESP señalaba cuatro objetivos para alcanzar la erradicación de la poliomielitis. Estos se mencionan a continuación junto con la situación de cada uno a febrero de 2019.

Tabla A1 Objetivo 1: Detección e interrupción del poliovirus

Objetivo principal	Indicadores de resultados	Situación
Completar la interrupción de la transmisión del WPV en todo el mundo y detectar e interrumpir más rápido cualquier nuevo brote causado por poliovirus derivados de la vacuna	Todos los WPV detenidos para finales de 2014	<ul style="list-style-type: none"> Se han realizado progresos significativos en la mejora de calidad de las actividades en los países endémicos, lo que ha llevado a una reducción drástica del número de casos de WPV en todo el mundo desde el lanzamiento del PEESP. La región de Asia Sudoriental de la OMS ha sido la cuarta en certificar la erradicación del WPV en 2014. El WPV2 se declaró erradicado en 2015. El WPV3 no se registra desde noviembre de 2012 (en Borno, Nigeria). En 2014, se habían detenido con éxito todos los brotes plurinacionales de WPV en Oriente Medio, África Central y el Cuerno de África. No se detectan brotes de WPV en esas zonas desde agosto de 2014 La detección de WPV1 endémico en Nigeria en 2016 llevó a una agresiva respuesta plurinacional. En África no se detecta WPV1 desde septiembre de 2016. En 2019 sigue produciéndose la transmisión del WPV1 en Pakistán y Afganistán, especialmente en las rutas de transmisión ente los dos países y en Karachi.
	Todos los nuevos brotes de cVDPV se han detenido en 120 días.	<ul style="list-style-type: none"> Se han detenido con éxito 12 brotes de cVDPV desde el lanzamiento del PEESP.³⁹ Seis se detuvieron dentro de los 120 días posteriores a su detección. Las respuestas a brotes de cVDPV continuaron en la República Democrática del Congo, Nigeria/Níger, el Cuerno de África (Somalia y Kenia), Mozambique, Papúa Nueva Guinea e Indonesia.

WPV: Poliovirus salvaje; cVDPV: Poliovirus circulante derivado de la vacuna.
Fuente: OMS.

³⁸ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018. Ginebra: OMS; 2013 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_EN_A4.pdf).

³⁹ Esto incluye brotes de cVDPV en Guinea, la cuenca del Chad, la República Democrática Popular Laos, Madagascar, Myanmar, Nigeria (2), Pakistán (2), Sudan del Sur, la República Árabe Siria y Ucrania.

Tabla A2 Objetivo 2: Refuerzo de los sistemas de inmunización y retirada de la OPV

Objetivo principal	Indicadores de resultados	Situación
Refuerzo de los servicios de inmunización en «países diana», introducción de la IPV y retirada de la OPV de tipo 2 en todo el mundo	La OPV de tipo 2 retirada en todo el mundo para finales de 2016	<ul style="list-style-type: none"> A lo largo de dos semanas en 2016 se realizó con éxito la implementación de la retirada total simultánea de la tOPV y su sustitución por la bOPV en 155 países. A pesar de que los problemas en la producción de vacunas condujeron a una escasez de existencias, para finales de 2018 había suficiente IPV disponible para que los 126 países introdujeran al menos una dosis en sus programas de inmunización nacionales y garantizar un suministro continuado.⁴⁰ Se han creado reservas de producto terminado de mOPV2 y reservas a granel de mOPV1 y mOPV3 bajo la supervisión del Director General de la OMS.
	De 2014 a 2018 se ha conseguido un aumento anual de al menos el 10 % de la cobertura de la DTP3 en el 80 % de los distritos de alto riesgo de todos los países diana.	<ul style="list-style-type: none"> En colaboración con los socios para la inmunización, los 10 países desarrollaron un «plan de inmunización único» que permitió formar al personal de la poliomielitis sobre la inmunización sistemática y el uso de recursos y herramientas de la poliomielitis, como el LQAS para monitorizar la cobertura rápidamente, para las actividades de inmunización. Los estudios que se realizaron para evaluar el nivel de asistencia proporcionado por la IEMP para impulsar las actividades de refuerzo de la inmunización demostraron que esta variaba según la región y el país. Aunque se produjeron algunos avances en la mejora de los sistemas de inmunización y la cobertura, se debe hacer más para reforzar los sistemas de inmunización, especialmente en los países de alto riesgo.

IPV: Vacuna antipoliomielítica inactivada; OPV: Vacuna antipoliomielítica oral; DTP3: Tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina; tOPV: Vacuna antipoliomielítica oral trivalente; bOPV Vacuna antipoliomielítica oral bivalente; mOPV: Vacuna antipoliomielítica oral monovalente; LQAS: Muestreo por lotes para la garantía de la calidad.

Fuente: OMS.

Tabla A3 Objetivo 3: Contención y certificación

Objetivo principal	Indicador de resultados	Situación
Certificar la erradicación y la contención de todos los WPV para finales de 2018 e impulsar una seguridad mundial a largo plazo frente a la poliomielitis	Certificación de la erradicación de la poliomielitis para finales de 2018	<ul style="list-style-type: none"> El WPV2 se declaró erradicado en 2015 y el WPV3 no se registra desde noviembre de 2012 (en Borno, Nigeria). Se han implementado las actividades de contención del WPV2 y se están acelerando en preparación a la certificación del WPV3 y WPV1. Se han elaborado planes para revisar el GAPIII y ha comenzado la preparación para la contención a nivel nacional y regional.⁴¹ La Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en mayo de 2018 que subraya la necesidad urgente de acelerar las actividades para contención del poliovirus en todo el mundo. El SAGE avaló el CCS, que define la estrategia mundial para la certificación de las IEP. El Grupo de Asesoramiento sobre la Contención aprobó unas directrices para la identificación y mitigación del material con riesgo de contener poliovirus. Se han completado unas pautas para la gestión de las personas expuestas a brechas en la contención en países con instalaciones que albergan poliovirus vivos. Todos los Estados Miembros participan en las actividades para la contención del poliovirus: <ul style="list-style-type: none"> Hasta la fecha, se han notificado a la OMS 24 de las 26 ANC. La fecha límite de los países para confirmar a la OMS su categoría de ANC fue en marzo de 2019. Cinco instalaciones han sido identificadas como candidatas adecuadas para convertirse en IEP por sus ANC y la CMC y han emitido los certificados de participación.

WPV: Poliovirus salvaje; GAPIII: Plan de Acción Mundial para Minimizar el Riesgo Asociado a las Instalaciones de Almacenamiento de Poliovirus (tercera edición); SAGE: Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización, CCS: Esquema de Certificación de Contención; IEP: Instalación esencial de poliovirus; ANC: Autoridad Nacional de Contención; CMC: Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.

Fuente: OMS.

⁴⁰ Mongolia y Zimbabue introdujeron al menos una dosis de IPV en abril de 2019 IPV in 2019.

⁴¹ GAPIII: Plan de Acción Mundial de la OMS para Minimizar el Riesgo Asociado a las Instalaciones de Poliovirus después de la Erradicación de Poliovirus Salvajes por Tipos Específicos y la Suspensión Secuencial del uso de la Vacuna Antipoliomielítica Oral Ginebra: OMS; 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf).

Tabla A4 Objetivo 4: Planificación de la sucesión/transición

Objetivo principal	Indicadores de resultados	Situación
<p>Desarrollar un plan que asegure que la inversión en la erradicación de la poliomielitis contribuye a alcanzar futuros objetivos de salud mediante la documentación y la transferencia de todos los recursos, procedimientos y lecciones aprendidas de la IEMP.</p>	<p>La transmisión de todos los WPV detenida para finales de 2014</p>	<p>Las principales actividades en marcha son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la canalización de las funciones de la poliomielitis; 2. la movilización de los conocimientos y lecciones aprendidas; y 3. la transferencia de funciones e infraestructura.
	<p>Todos los nuevos brotes de cVDPV se han detenido en 120 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el desarrollo del PEESP, la alianza ha madurado la idea de la planificación de la sucesión, que ha pasado a llamarse «planificación de la transición». Esta se centra en dos corrientes de trabajo: (1) ayudar a los 16 países prioritarios a desarrollar sus planes nacionales para asegurar que las funciones necesarias para mantener el mundo libre de poliomielitis se mantienen de forma adecuada y se transfieren para impulsar otros objetivos de salud; y (2) recoger y compartir las lecciones aprendidas durante la erradicación de la poliomielitis. El Grupo de Gestión de la Transición de la IEMP, responsable de supervisar ambas corrientes de 2013 a 2018, fue disuelto en junio de 2018, y la primera corriente de trabajo se transfirió a las oficinas regionales y nacionales de la OMS y a UNICEF. La IEMP continuará a cargo de las actividades de la segunda corriente de trabajo. • Todos los países no endémicos cuentan con planes nacionales y siete de ellos han sido avalados por los mecanismos nacionales adecuados: Angola, Bangladesh, Camerún, Chad, la República Democrática del Congo, Etiopía y Sudan del Sur. El trabajo en torno a las lecciones aprendidas sigue en marcha e incluye el <i>Polio History Project</i> y un proyecto en colaboración con la Universidad Johns Hopkins sobre las lecciones aprendidas.

WPV: Poliovirus salvaje; cVDPV: Poliovirus circulante derivado de la vacuna.
 Fuente: OMS.

ANEXO B

Comparativa de las evaluaciones de riesgo y lista de países de «alto riesgo» de poliovirus

La IEMP utiliza múltiples herramientas de evaluación para distribuir los recursos y establecer prioridades de cara al panorama continuamente cambiante del riesgo de poliovirus. Cada enfoque se basa en variables relevantes para el parámetro de riesgo específico en evaluación (p. ej. nueva emergencia, detección, propagación) y el marco temporal del análisis (véase la **Tabla B1**). Los países endémicos en la actualidad (Pakistán, Afganistán y Nigeria) y aquellos con brotes de VDPV en activo necesitarán una atención prioritaria para acabar con la transmisión persistente del poliovirus. La Tabla B2 presenta una lista de los países no endémicos clasificados como «de alto riesgo» por cada una de las herramientas de evaluación. Estos análisis se actualizarán cuando sea necesario para determinar prioridades en la mitigación de riesgos. Las futuras evaluaciones de Grupo de Trabajo para la Evaluación de Riesgos (RATT) y el Grupo de Trabajo de Vigilancia (STT) se centrarán en identificar áreas geográficas subnacionales o poblaciones específicas que necesitan apoyo.

Tabla B1 Resumen de las variables clave incluidas en la clasificación de los riesgos

Evaluación De Riesgos	Descripción	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3
Imperial College	Ayudar con la planificación de la vigilancia del poliovirus identificando países en riesgo de sufrir una emergencia de VDPV o un incumplimiento de la contención en el futuro para 2017–2028.	Inmunidad de la población <ul style="list-style-type: none"> Análisis de la OPV según el serotipo e inmunidad por IPV de acuerdo con el calendario de ASI y el historial de vacunación de niños con PFA no causada por la polio Más pronósticos para 2017–2028 disponibles 	Transmisibilidad <ul style="list-style-type: none"> Las tasas de mortalidad de los menores de cinco años como indicador de la eficiencia de la transmisión del poliovirus 	Posible exposición <ul style="list-style-type: none"> Exposición a cVDPV según datos epidemiológicos actuales y datos sobre desplazamientos internacionales Exposición a iVDPV según análisis de datos de vigilancia y modelos de cohortes Potencial de brechas en la contención según la evaluación de las IEP
RATT	Evaluar el riesgo de propagación del poliovirus en los próximos 12 meses para repartir las actividades de inmunización. Combinar las evaluaciones de IDM, CDC y OMS/Imperial College.	Exposición al poliovirus <ul style="list-style-type: none"> Proximidad a brotes en activo Historia de emergencias de VDPV o de importación de WPV 	Indicadores de inmunización <ul style="list-style-type: none"> Dosis notificadas (casos de NPAPF) Inmunización sistemática 	Fragilidad y otros indicadores <ul style="list-style-type: none"> Migración Emergencias humanitarias
STT	Identificar países que necesiten una vigilancia y un apoyo adicionales en los próximos 12 meses.	Riesgo de poliovirus <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de RATT Brotes de VDPV en países vecinos 	Indicadores de vigilancia <ul style="list-style-type: none"> Tasa de NPAPF Adecuación de las heces Análisis de los datos de calidad 	Informes de vigilancia <ul style="list-style-type: none"> Evaluaciones de campo Opinión experta
Gavi	Evaluar el nivel de riesgo de resurgimiento del poliovirus en el país para 2021–2025 con el propósito de servir de guía en situaciones de búsqueda de financiación de la IPV.	Riesgo de resurgimiento del poliovirus <ul style="list-style-type: none"> IS Tasa de mortalidad infantil Instalaciones esenciales de poliovirus Carácter endémico Consanguinidad Número de brotes de cVDPV 	Capacidad del país de compartir los gastos <ul style="list-style-type: none"> Indicador de cofinanciación estándar Cofinanciación de los costes de la vacuna como % del gasto general del gobierno en salud 	

RATT: Grupo de Trabajo para la Evaluación de Riesgos; STT: Grupo de Trabajo de Vigilancia; VDPV: Poliovirus derivado de la vacuna; OPV: Vacuna antipoliomielítica oral; IPV: Vacuna antipoliomielítica inactivada; ASI: Actividad suplementaria de inmunización; PFA: Parálisis flácida aguda; cVDPV: Poliovirus circulante derivado de la vacuna; iVDPV: Poliovirus derivado de la vacuna asociado con inmunodeficiencia; IEP: Instalación esencial de poliovirus; IDM: Instituto de Modelización de Enfermedades; CDC: Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades; WPV: Poliovirus salvaje

Fuente: OMS.

Tabla B2 Países clasificados como «de alto riesgo» en al menos una de las evaluaciones (a excepción de Pakistán, Afganistán y Nigeria)

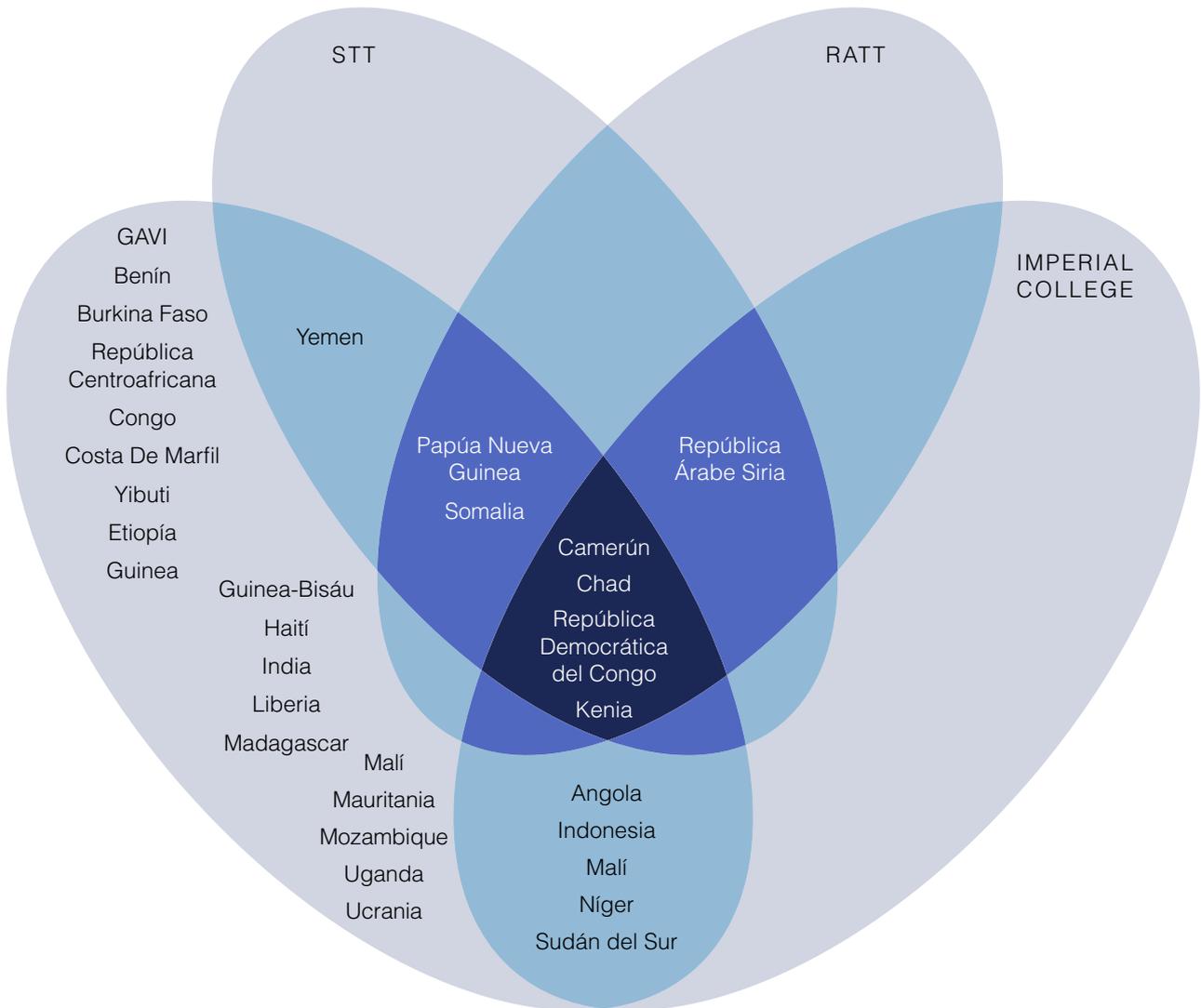
País	RATT (datos de octubre de 2018)	STT (datos de agosto de 2018)	RATT (datos de octubre de 2018)	Imperial College (2017)**
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO	Alto	Alto	Alto	Alto
CHAD	Alto	Alto	Alto	Alto
KENIA	Alto	Alto	Alto	Alto
PAPÚA NUEVA GUINEA	Alto	Alto	Alto	
SOMALIA	Alto	Alto	Alto	
CAMERÚN	Alto	Alto	Alto	Alto
GUINEA			Alto	
SUDÁN DEL SUR			Alto	Alto
REPÚBLICA ÁRABE SIRIA	Alto	Alto		Alto
YEMEN		Alto	Alto	
ANGOLA			Alto	Alto
REPÚBLICA CENTROAFRICANA			Alto	
YIBUTI			Alto	
ETIOPÍA			Alto	
GUINEA-BISÁU			Alto	
INDIA			Alto	
LIBERIA			Alto	
MADAGASCAR			Alto	
MALÍ			Alto	Alto
MAURITANIA			Alto	
MOZAMBIQUE			Alto	
UGANDA			Alto	
BENÍN			Alto	
BURKINA FASO			Alto	
CONGO			Alto	
COSTA DE MARFIL			Alto	
HAITÍ			Alto	
INDONESIA			Alto	Alto
NÍGER			Alto	Alto
UCRANIA			Alto	

*La clasificación del Grupo de Trabajo para la Evaluación de Riesgos (RATT) se ha usado para la del Grupo de Trabajo de Vigilancia (STT) a menos que se indique lo contrario en los documentos del STT.

**Distribución geográfica del riesgo de poliovirus para 2017 que combina los tipos 1, 2 y 3 (Nigeria, Pakistán, India y Afganistán no están incluidos en el análisis).

Fuente: OMS.

Imagen B1. Países clasificados como «de alto riesgo» por cada herramienta de evaluación



STT: Grupo de Trabajo de Vigilancia; RATT: Grupo de Trabajo para la Evaluación de Riesgos.

Nota: Esta imagen muestra el solapamiento en países clasificados como «de alto riesgo» por diferentes herramientas de evaluación. Este enfoque puede utilizarse como un primer filtro a la hora de identificar a los países que han de priorizarse en las intervenciones integradas. Proporciona un análisis transversal a nivel nacional y debería actualizarse periódicamente, a poder ser mediante una evaluación más granular y subnacional.

Fuente: OMS.

ANEXO C

Participación en la estrategia

Durante el procedimiento de elaboración de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomiелitis 2019–2023*, la IEMP solicitó a opinión de un amplio grupo de interesados para dar forma al trabajo del programa a medida nos acercamos al ansiado objetivo de erradicar la poliomiелitis. Entre estas partes interesadas y organizaciones se encuentran:⁴²

- Equipos encargados de la poliomiелitis y la administración de vacunas de la Fundación Bill y Melinda Gates
- Instituto de Salud Global (centro colaborador de la OMS)
- Grupo de la sociedad civil
- Grupo CORE (coalición de organizaciones no gubernamentales)
- Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para examinar la propagación internacional de poliovirus
- Alianza para Vacunas Gavi
- Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiелitis (CMC)
- Grupo de Trabajo del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP)
- Gobierno de Australia
- Gobierno de Canadá
- Gobierno de Francia
- Gobierno de Alemania
- Gobierno de Japón
- Gobierno de Noruega
- Gobierno de Reino Unido
- Gobierno de los Estados Unidos de América
- Grupos de trabajo y de gestión de la IEMP
- Socios de la IEMP (equipos de inmunización y emergencia a nivel mundial y regional)
- Imperial College London
- Junta de Seguimiento Independiente (IMB)
- Instituto de Modelización de Enfermedades (IDM)
- Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA)
- Estados Miembros
- Equipo Nacional de Pakistán
- Grupo de Asociados contra la Poliomiелitis (PPG)
- RESULTS UK
- Rotary
- Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) y su Grupo de Trabajo para la Poliomiелitis (SAGE-WG)
- Grupos de Asesoramiento Técnico (TAG) de regiones y países endémicos
- Junta de Seguimiento Independiente de la Transición (TIMB)
- Sección de Salud de UNICEF
- Unidad de Inmunización de UNICEF
- División de Suministros de UNICEF
- Fundación de las Naciones Unidas (FNU)
- Equipos de poliomiелitis e inmunización de los Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
- Fabricantes de vacunas
- Focos para poliomiелitis de las oficinas regionales de la OMS y UNICEF y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- Equipo de la OMS para el cólera

⁴² La lista completa por organización y foco de atención está disponible bajo petición.

- Plataforma por la igualdad de género de la Red Mundial de Personal Sanitario de la OMS
- Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
- Refuerzo del sistema sanitario de la OMS
- Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS
- Equipo de la OMS para la Meningitis
- Equipo de la OMS para la Transición de la Poliomielitis
- Equipo de la OMS para la Movilización de Recursos

El grupo de trabajo de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación 2019–2023* celebró sesiones informativas y consultivas durante todo el proceso de elaboración de la misma. De diciembre de 2018 a febrero de 2019 se realizó una ronda de consultas por escrito durante la cual un amplio abanico de partes interesadas tuvo la oportunidad de evaluar y opinar sobre el borrador de la estrategia. Algunos de los grupos fueron consultados fuera de las rondas de consulta por numerosos puntos de contacto. También se realizaron varias reuniones en persona y teleconferencias con partes interesadas para conocer su opinión durante todo el proceso de elaboración del borrador. En total, el grupo de trabajo recibió más de 1 100 comentarios de encuestados que representaban a más de 40 organizaciones y grupos. Puede encontrar más información sobre los comentarios y el procedimiento consultivo en el informe de consulta a las partes de la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023*.⁴³

⁴³ Para ver o descargar el informe de consulta, visite la página de la IEMP: (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/03/stakeholder-consultation-report-20191004.pdf>).

ANEXO D

Ejemplos ilustrativos de cómo la IEMP puede contribuir al refuerzo de la inmunización y de los sistemas sanitarios para conseguir la erradicación de la poliomielitis y mantenerla*

Tabla D1 Ejemplos de contribuciones de la IEMP al refuerzo de la inmunización para conseguir la erradicación y mantenerla

Materia	Funciones	Ejemplos ilustrativos de actividades
Refuerzo de la inmunización	<ul style="list-style-type: none"> Usar la experiencia y las herramientas de la poliomielitis para identificar distritos de alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Usar datos sobre niños no vacunados para impulsar la toma de decisiones Usar SIG y mapeo por satélite Apoyar la microplanificación dedicando un porcentaje de tiempo a esta actividad Usar la microplanificación y las plataformas tecnológicas
	<ul style="list-style-type: none"> Usar los recursos de la poliomielitis en el desarrollo de la capacidad de vacunación de: <ul style="list-style-type: none"> niños que nunca se alcanzan niños mal vacunados 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsar una supervisión constructiva de los centros de atención sanitaria Canalizar a los asesores de STOP hacia actividades específicas para el refuerzo de los sistemas de inmunización y la vigilancia de EPV Extraer conclusiones del trabajo START de la CDC sobre el refuerzo de la asistencia técnica para la formación en inmunización sistemática Participar en el desarrollo de capacidades prestando especial atención a la formación sobre ASI Alinear las actividades de respuesta de la poliomielitis en los COE con la mejora de la cobertura de inmunización Asegurar que en todas las actividades para el desarrollo de capacidades hay mujeres y esforzarse específicamente en impulsar una participación equitativa
	<ul style="list-style-type: none"> Incluir otras intervenciones de salud (especialmente vacunación) en la agenda nacional de inmunización de los distritos afectados por la poliomielitis donde las ASI son continuadas 	<ul style="list-style-type: none"> Respaldar los PIRI y otros mecanismos Realizar otras intervenciones no relacionadas con las vacunas en línea con el programa nacional de salud de cada país
	<ul style="list-style-type: none"> Identificar distritos donde el personal financiado por la poliomielitis puede dirigir intervenciones financiadas a través de HSS Gavi/ subvenciones 	<ul style="list-style-type: none"> Involucrar al personal financiado por la poliomielitis en la identificación de necesidades, la aplicación del HSS Gavi, la asistencia a la implementación, etc.
Planificación conjunta	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar en la planificación conjunta de ASI 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que se pueden aplicar de forma más general: sarampión, rubéola, fiebre amarilla, meningitis, cólera Sincronizar los calendarios y la orientación a nivel nacional Participar en una microplanificación conjunta de procedimientos integrados de ASI Identificar actividades concretas de ASI conjuntas que se implementarán para reforzar la inmunización básica Evitar que las actividades organizadas fuera de las ASI, incluidas la planificación e implementación de ASI, entren en conflicto
	<ul style="list-style-type: none"> Participar en el desarrollo de planes nacionales de operaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar la experiencia específica para garantizar que están basados en datos, son prácticos, establecen prioridades, y se han presupuestado de acuerdo con los recursos disponibles y con indicadores claros
	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la coherencia de las actividades periódicas de difusión de la inmunización y el marco de responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un seguimiento del desempeño Realizar un seguimiento de los recursos económicos necesarios Actuar conjuntamente con otros procedimientos de planificación general, incluyendo el desarrollo de un microplan de inmunización

*Esta lista fue recopilada a través de consultas entre la IEMP y los socios para la inmunización. No constituye una lista definitiva y exhaustiva de actividades, pero ilustra cómo el personal, los recursos y los mecanismos de la IEMP pueden contribuir al refuerzo de la inmunización y ayudar a conseguir y mantener la erradicación. Esta lista puede constituir el punto de partida de un nuevo diálogo sobre el desarrollo de un marco de responsabilidad conjunta entre la IEMP y la comunidad de inmunización.

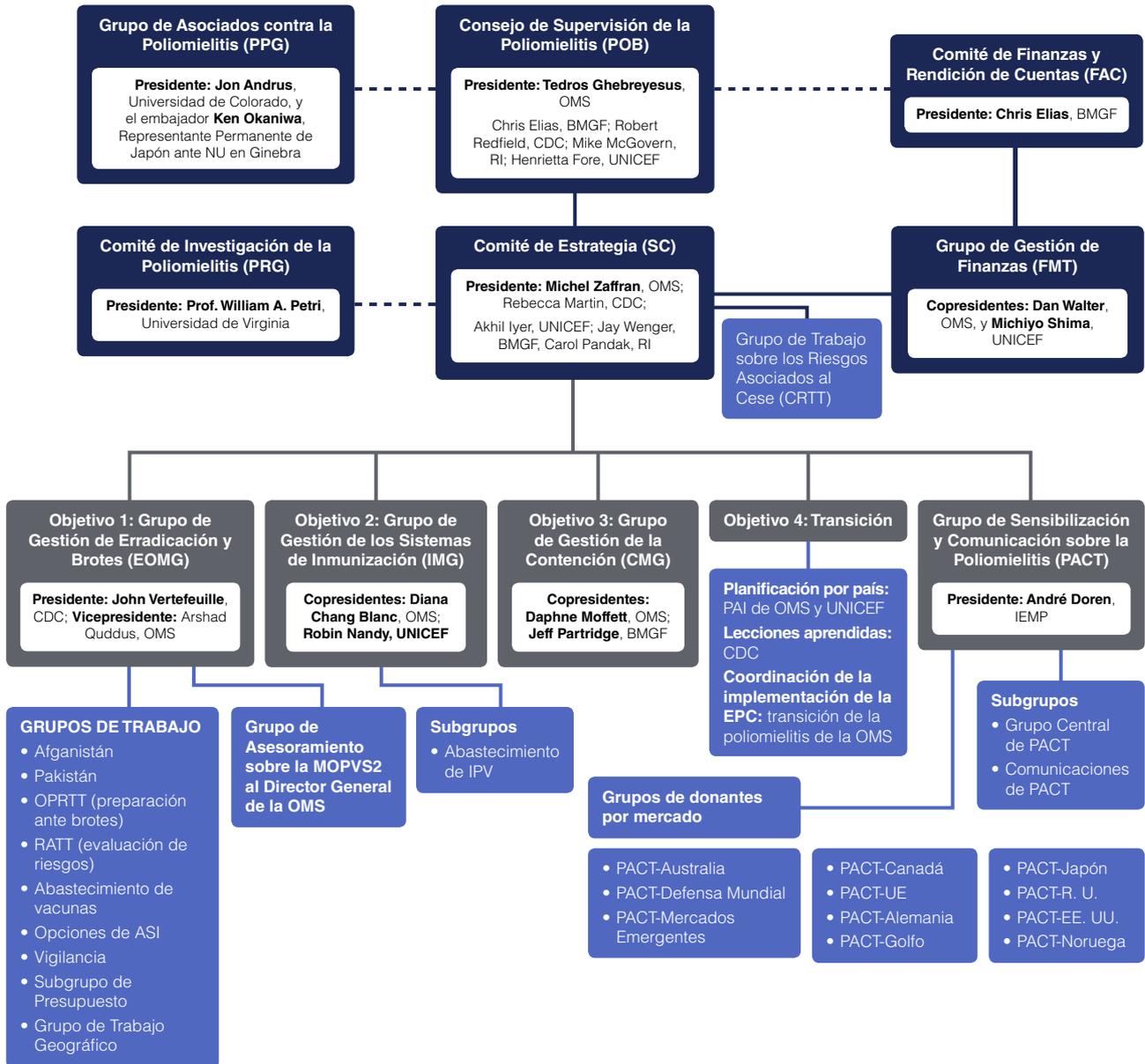
Materia	Funciones	Ejemplos ilustrativos de actividades
Seguimiento y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que todas las visitas de supervisión de la poliomielitis se vinculan a planes de apoyo a la inmunización, supervisión constructiva y seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Hacer uso de la tradición del programa de la poliomielitis de utilizar los datos y la evidencia para impulsar la toma de decisiones Asegurar que se recogen, analizan y utilizan en la programación datos desglosados por sexo Incluir a personal del gobierno en puestos equivalentes en las visitas de supervisión/seguimiento del equipo para la poliomielitis Asegurar la participación equitativa de hombres y mujeres en los equipos de supervisión
	<ul style="list-style-type: none"> Integrar el seguimiento de las ASI de sarampión/posteriores a la poliomielitis 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir análisis de la cobertura, material infeccioso, LQAS Realizar un seguimiento in situ de las sesiones de inmunización básicas junto a evaluaciones rápidas de conveniencia para proporcionar información a tiempo real a gestores y responsables de la toma de decisiones.
Brotos	<ul style="list-style-type: none"> Alinear procedimientos para asegurar que el personal de respuesta urgente a los brotes de poliomielitis desarrolla sistemáticamente la capacidad nacional de reforzar los sistemas de inmunización 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que el personal para urgencias cuenta con las capacidades necesarias Garantizar un equilibrio de género entre el personal para urgencias Incluir el refuerzo de los sistemas de inmunización/desarrollo de la capacidad nacional en los TdR del personal para urgencias de poliomielitis Desarrollar y compartir mensajes y crear estrategias eficaces para generar demanda basadas en la investigación social, prestando especial atención al género Integrar recomendaciones específicas sobre el refuerzo de los sistemas de inmunización en las OBRA, los planes de respuesta integral a EPV y los planes de recuperación de la inmunización Considerar cómo administrar inmunización/antígenos adicionales durante las actividades de respuesta a brotes Vincular la detección integrada de EPV y las operaciones de respuesta a una emergencia de poliomielitis
Concienciación política	<ul style="list-style-type: none"> Alinear los esfuerzos de concienciación sobre el refuerzo de la inmunización y los de la erradicación de la poliomielitis 	<ul style="list-style-type: none"> Integrar mensajes sobre el refuerzo de los sistemas de inmunización en los mensajes de la IEMP a nivel mundial y nacional Asegurar que las reuniones de los grupos de trabajo/Comité de Evaluación Experta de la poliomielitis incluyen la sensibilización sobre la inmunización/la atención sanitaria básica
	<ul style="list-style-type: none"> Alinear los recursos de la poliomielitis para facilitar una titularidad más amplia de los resultados de inmunización y la responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar estrategias para involucrar a los líderes religiosos y de la comunidad, a las organizaciones basadas en la comunidad y a organizaciones profesionales, incluyendo a grupos y organizaciones de mujeres Atraer a la sociedad civil al apoyo de la inmunización, incluyendo una participación significativa e igualitaria de las mujeres
Crear compromiso y demanda entre la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar conjuntamente en estrategias y orientación para generar demanda 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar y compartir mensajes y estrategias coherentes para impulsar la demanda de inmunización, con base en una investigación social sólida y prestando especial atención al género
	<ul style="list-style-type: none"> Explorar como las lecciones C4D aprendidas de la poliomielitis pueden ayudar al refuerzo de los sistemas de inmunización Desarrollar redes de OSC que operen en zonas frágiles, de alto riesgo y fronteras 	<ul style="list-style-type: none"> Unir las corrientes de trabajo de C4D de la poliomielitis y la inmunización, en particular a nivel nacional Utilizar los datos sociales (prestando especial atención a los datos desglosados por sexo y los análisis de género), los marcos de seguimiento y evaluación y otras buenas prácticas para reforzar la C4D y acelerar el control de la enfermedad y la inmunización
	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar los datos históricos de la poliomielitis para mejorar las actividades de difusión segmentadas 	<ul style="list-style-type: none"> Compartir de forma sistemática los datos sobre hogares/comunidades que dudan de la inmunización
	<ul style="list-style-type: none"> Aprovechar las estructuras y los recursos basados en la comunidad de la poliomielitis para reforzar los sistemas de inmunización 	<ul style="list-style-type: none"> Explorar como las redes de personal sanitario y sociedad civil pueden contribuir de forma significativa
Impartir formación/ desarrollar capacidades	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que se desarrolla la capacidad del personal de la poliomielitis 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar material educativo y cursos para formar al personal de la poliomielitis sobre cómo dar impulso a la inmunización en general/el sistema de vigilancia Impartir capacitación de repaso para el personal de inmunización nacional

STOP: Programa Stop Transmission of Polio; EPV: Enfermedad prevenible mediante vacunación; CDC: Centros de EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades; ASI: Actividad suplementaria de inmunización; COE: Centro de Operaciones de Emergencia; PIRI: Intensificación periódica de la inmunización sistemática; HSS: Refuerzo del sistema sanitario; LQAS: Muestreo por lotes para la garantía de la calidad; TdR: Términos de referencia; OBRA: Evaluación de la respuesta ante un brote; IEMP: Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis; C4D: Comunicación para el Desarrollo; OSC: Organización de la sociedad civil.

Fuente: OMS.

ANEXO E

Imagen E1. Estructura de gestión y asesoramiento de la IEMP



Fuente: Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Who We Are, Governance and Structure [sitio web] (<http://polioeradication.org/who-we-are/governance-and-structure/>).

ANEXO F

Resumen del presupuesto plurianual de la IEMP para 2019–2023

Se está elaborando un esquema (que será completado en 2019) para adaptar la estructura del presupuesto actual a la nueva estrategia.

Imagen F1. Resumen del presupuesto plurianual de la IEMP para 2019–2023

Objetivo	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Objetivo 1: Detección e interrupción del poliovirus	807 234 000	750 838 000	718 872 000	628 652 000	574 496 000	3 480 092 000
Campañas - ASI	328 308 000	299 802 000	286 030 000	234 802 000	187 767 000	1 336 709 000
Funciones e infraestructura básicas	161 028 000	149 168 000	141 145 000	125 205 000	119 430 000	695 976 000
Actividades de inmunización fuera de las campañas	100 762 000	93 950 000	92 365 000	91 263 000	90 391 000	468 731 000
Vigilancia	217 136 000	207 918 000	199 332 000	177 382 000	176 908 000	978 676 000
Objetivo 2: Refuerzo de los sistemas de inmunización y retirada de la OPV	17 736 000	9 902 000	18 402 000	38 807 000	18 730 000	103 577 000
Introducción de la IPV	502 000	0	0	0	0	502 000
Cese de la OPV - SWITCH	12 500 000	5 502 000	14 002 000	32 784 000	12 631 000	77 419 000
Asistencia técnica	4 734 000	4 400 000	4 400 000	6 023 000	6 099 000	25 656 000
Objetivo 3: Contención y certificación	9 501 000	47 505 000				
Certificación	2 650 000	2 650 000	2 650 000	2 650 000	2 650 000	13 250 000
Contención	6 851 000	6 851 000	6 851 000	6 851 000	6 851 000	34 255 000
Objetivo 4: Plan de transición	4 818 000	4 539 000	3 409 000	2 842 000	2 712 000	18 320 000
Operaciones de emergencia por brotes	27 894 000	52 106 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	200 000 000
Otros costes de contingencia e indirectos	74 958 000	71 878 000	69 214 000	64 005 000	58 503 000	338 558 000
Contingencia	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Indirectos	64 958 000	61 878 000	59 214 000	54 005 000	48 503 000	288 558 000
Resumen del presupuesto plurianual de la IEMP para 2019–2023	942 141 000	898 764 000	859 398 000	783 807 000	703 942 000	4 188 052 000

Fuente: OMS.

Imagen F2. Costes adicionales de la poliomielitis no incluidos en las necesidades de financiación de la IEMP

Objetivo	2019	2020	2021	2022	2023	Total
IPV	142 000 000	162 000 000	170 000 000	170 000 000	170 000 000	814 000 000
Reservas de vacunas para la era posterior a la certificación				59 000 000	62 000 000	121 000 000
Costes adicionales de la poliomielitis no incluidos en las necesidades de financiación de la IEMP	142 000 000	162 000 000	170 000 000	229 000 000	232 000 000	935 000 000
Total del presupuesto plurianual para 2019–2023 (IEMP y no IEMP)	1 084 141 000	1 060 764 000	1 029 398 000	1 012 807 000	935 942 000	5 123 052 000

Nota: Estas previsiones corresponden a los costes de la IPV y de las reservas mundiales tras la certificación y la disolución de la IEMP, pero la financiación de estas actividades debe garantizarse antes de la certificación. En el caso específico de la IPV, esto se realizará colaborando estrechamente con la Alianza para Vacunas Gavi.

Fuente: OMS.

www.polioeradication.org

POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE