

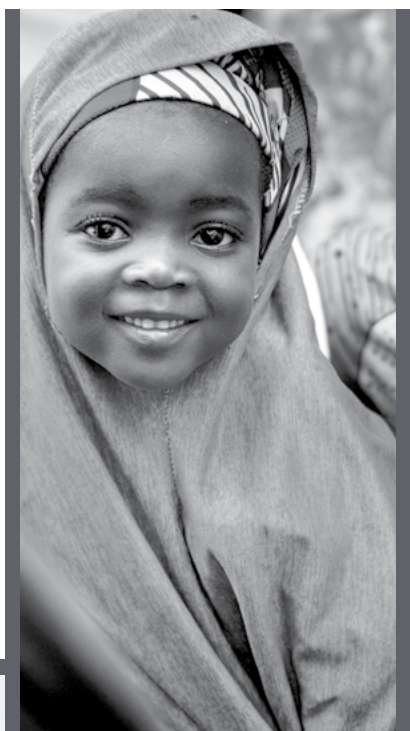


POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026

Resumen ejecutivo





POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026

Resumen ejecutivo



Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026 : resumen ejecutivo [Polio Eradication Strategy 2022–2026: executive summary]

ISBN 978-92-4-002604-9 (versión electrónica)
ISBN 978-92-4-002605-6 (versión impresa)

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

© Organización Mundial de la Salud 2021

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

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

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

Forma de cita propuesta. Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026: resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

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

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

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

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

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

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

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

RESUMEN

A lo largo de los diez últimos años, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) ha realizado avances continuos en el camino hacia la erradicación. Los poliovirus salvajes de tipo 2 y 3 (WPV2 y WPV3) se declararon erradicados en 2015 y 2019, respectivamente; la Región de Asia Sudoriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se declaró libre de poliovirus en 2014, y en agosto de 2020 se certificó que la Región de África de la OMS estaba libre de poliovirus salvajes (WPV). Sin embargo, las últimas fases del proceso de erradicación han resultado ser las más difíciles.

Para lograr un mundo libre de poliomielitis, la IEMP ha replanteado la trayectoria de la fase final de la erradicación realizando un llamamiento urgente a todos sus asociados para adoptar una perspectiva de adhesión y rendición de cuentas colectivas, conjuntamente con los gobiernos, las comunidades y las demás partes interesadas.

Responder al llamamiento

La IEMP afronta dificultades de tipo programático, epidemiológico y logístico que exigen nuevos enfoques para adaptar las actividades de sus asociados y de los países afectados a la situación de emergencia.¹ En 2019, la IEMP propuso una estrategia con orientaciones para erradicar la poliomielitis,² pero los mínimos avances y el descenso de la inmunidad poblacional en países y regiones de alto riesgo han contribuido a deteriorar la situación epidemiológica, debido a la insuficiencia de enfoques pasados.³ En los últimos dos países donde el paludismo es endémico, el Afganistán y el Pakistán, persiste el poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1) junto a poliovirus vacunales circulantes de tipo 2 (cVDPV2). A nivel mundial, los brotes de cVDPV2 se han acelerado en países que estaban libres del WPV1, y se han producido brotes en cuatro de las seis regiones geográficas de la OMS.⁴

Con el fin de interrumpir permanentemente la transmisión de poliovirus y proteger los avances históricos alcanzados a nivel mundial, la IEMP ha puesto en marcha una nueva estrategia para transformar su enfoque que consiste en aprovechar todas las oportunidades para vacunar a niños, ampliar la adhesión y la rendición de cuentas colectivas en la lucha por la erradicación y garantizar que se otorgue a la poliomielitis un nivel de urgencia proporcional a su declaración como emergencia de salud pública de importancia internacional en 2014.⁵

Lograr la erradicación mediante la adhesión y la rendición de cuentas colectivas

La **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** ofrece un completo conjunto de medidas para reforzar la IEMP de modo que sea apta para su propósito. Para que el programa surta efecto, debe funcionar al ritmo propio de las emergencias y ofrecer al mismo tiempo una mayor rendición de cuentas con respecto al colectivo de los asociados, una mayor sensibilidad ante las necesidades interseccionales de las comunidades afectadas y una mayor receptividad frente a los expertos del ámbito de la sociología, la antropología y la economía de la salud, así como una mayor integración con los programas sociales y sanitarios que llevan a cabo intervenciones de suma importancia para las poblaciones vulnerables. Gracias a estas medidas, muchas de las cuales ya se han iniciado en 2021, la IEMP podrá desarrollar la capacidad necesaria para afrontar los retos que tiene ante sí y, de ese modo, conseguir y mantener un mundo libre de la poliomielitis.

La presente estrategia persigue dos metas que responden a la situación actual de la lucha por la erradicación.

La **Meta Uno** es **interrumpir permanentemente la transmisión de todos los poliovirus en los países con paludismo endémico** y la **Meta Dos**, **detener la transmisión de cVDPV y prevenir los brotes en los países donde la enfermedad no es endémica**. Para alcanzar estas metas, la IEMP tiene previsto transformar su enfoque en cada región y país a través de cinco objetivos que se refuerzan mutuamente.

¹ En las figuras 3 y 4 del presente informe consta una lista general de los retos actuales.

² Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019-2023: Erradicación, integración, certificación y contención. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://polioeradication.org/who-we-are/polio-endgame-strategy-2019-2023>, consultado el 10 de abril de 2021).

³ Para más información sobre la insuficiencia de pasados enfoques, véase Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Junta de Seguimiento Independiente. The world is waiting: 19º informe; diciembre de 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/19th-IMB-Report-The-World-is-Waiting-20201223.pdf>, consultado el 10 de abril de 2021).

⁴ En 2020 se notificaron 140 casos de WPV1 en el Afganistán (56) y en el Pakistán (84), y se detectaron 1.418 casos y aislados de cVDPV2 mediante la vigilancia de la parálisis flácida aguda (971) y la vigilancia ambiental (447), hallándose los principales brotes en el Pakistán (135), el Afganistán (269), el Chad (98), la República Democrática del Congo (75) y Côte d'Ivoire (71).

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

Objetivos estratégicos



Crear un sentido de urgencia y de rendición de cuentas para generar una mayor voluntad política replanteando la relación de la IEMP con los gobiernos y sistematizando la promoción política.



Generar una mayor aceptación de las vacunas mediante una participación comunitaria contextualizada que permita reducir los rechazos y aumentar el compromiso comunitario con la inmunización infantil.



Acelerar el progreso redoblando los esfuerzos de integración con una variedad más amplia de asociados en el contexto de la inmunización, la atención de salud básica y los servicios comunitarios.



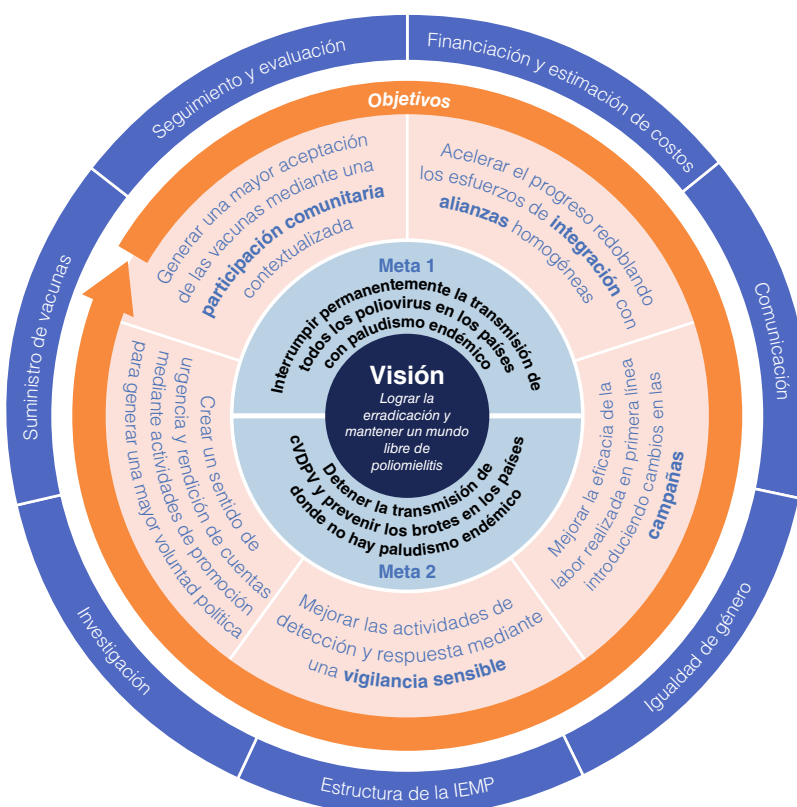
Mejorar la eficacia de la labor realizada en primera línea introduciendo cambios en las campañas consistentes en otorgar reconocimiento y autoridad al personal de primera línea.



Mejorar las actividades de detección y respuesta mediante una vigilancia sensible que proporcione al programa información decisiva para la acción.

Las metas y los objetivos estratégicos se sustentan en una serie de elementos básicos que contribuyen a crear un entorno propicio, como la estructura de la IEMP, la igualdad de género, la comunicación, el suministro de vacunas, la investigación, el seguimiento y la evaluación y la financiación y estimación de costos. El enfoque integrado de la estrategia se presenta a continuación (véase la **figura 1**).

Figura 1. Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026: marco estratégico



Fuente: OMS

Si bien la IEMP debe llevar a cabo todas las actividades y prestar todos los servicios hasta su finalización, la prioridad de las actividades variará en función del contexto regional y nacional, sobre todo dada la labor de la IEMP para lograr una mayor integración con otros programas sanitarios y sociales (véase la **figura 2**).

Figura 2. Regiones y modalidades de integración

	Respuesta a la pandemia y apoyo a la vacunación contra la COVID-19 <i>dondequiera que la IEMP sea necesaria.</i>
	Prestación de servicios integrados en los distritos de alto riesgo del <i>Afganistán</i> .
	Prestación de servicios integrados a las comunidades prioritarias en el <i>Pakistán</i> .
	Campañas de vacunación con varios antígenos para aumentar la inmunidad a enfermedades prevenibles mediante vacunación.
	Coordinación con Gavi y con el Programa Ampliado de Inmunización en relación con la iniciativa centrada en los niños a los que no se ha administrado ninguna dosis, inclusive en la respuesta a brotes.
	Aceleración de la transición de las funciones esenciales relativas a la poliomielitis en <i>ámbitos en los que esta ya se halle integrada.</i>

Fuente: OMS

En todas las modalidades y las regiones, la IEMP tendrá más en cuenta las necesidades, voces y capacidades de los diversos interesados necesarios para lograr la erradicación. Al reforzar la urgencia de todas las actividades, reequilibrar la asignación de medios y facultades de toma de decisiones dando más peso a los equipos regionales y nacionales, empoderar al personal más próximo a las realidades sobre el terreno y convertirse en un interlocutor dispuesto y receptivo de los gobiernos, las comunidades y otras iniciativas de salud, el programa para la poliomielitis y sus asociados generarán colectivamente un mayor nivel de rendición de cuentas y titularidad de los esfuerzos por la erradicación.

COVID-19: un estudio de casos sobre la acción de emergencia y las alianzas eficaces

Cuando surgió la COVID-19 en 2020, los países con una presencia sólida de la IEMP pudieron utilizar los conocimientos especializados y las infraestructuras facilitadas por el programa para la poliomielitis con el fin de coordinar una respuesta eficaz frente a la COVID-19. Miles de profesionales al servicio de la lucha contra la poliomielitis pasaron a trabajar para contener la propagación del coronavirus SARS-CoV-2. Muchos Centros de Operaciones de Emergencia contra la poliomielitis se adaptaron rápidamente a la COVID-19 para realizar actividades de vigilancia, rastreo de contactos y transporte de muestras, suministro de jabón y gel desinfectante, distribución de material formativo para el personal médico y los trabajadores en primera línea, e interacción con los líderes comunitarios y religiosos y con los medios de comunicación en relación con las medidas de mitigación.[†]

En Nigeria y el Pakistán, los recursos de la IEMP resultaron especialmente útiles. En el Pakistán, los laboratorios dedicados a la poliomielitis se utilizaron para la realización de pruebas y la secuenciación del virus de la COVID-19, la centralita para la poliomielitis se convirtió en la línea telefónica nacional para la COVID-19 (y sigue funcionando como tal), el personal de lucha contra la poliomielitis formó a más de 18 600 profesionales sanitarios, y los movilizadores comunitarios contra la poliomielitis se granjearon el apoyo de 7 000 líderes religiosos y 26 000 personajes influyentes. En Nigeria, los equipos de respuesta a la COVID-19 usaron los sistemas de datos y los análisis de los Centros de Operaciones de Emergencia con fines de seguimiento y visualización de la prestación de servicios de atención primaria, lo que permitió detectar deficiencias y definir servicios compensatorios.

Con el fin de apoyar la respuesta a la pandemia sin abandonar las actividades de inmunización y vigilancia de la poliomielitis y otras enfermedades, la IEMP y el Programa Ampliado de Inmunización aceleraron su iniciativa de integración y pusieron en marcha un programa de trabajo provisional de acciones integradas en el contexto de la COVID-19 o iPOW.[‡] El iPOW ofrece orientaciones para crear sinergias entre las actividades de erradicación de la poliomielitis y las iniciativas del Programa Ampliado sobre Inmunización en ámbitos mutuamente beneficiosos.

En los próximos años, puede que algunos países sigan dependiendo de la asistencia de la IEMP para combatir la COVID-19 u otras emergencias de salud. Sobre la base de este espíritu de cooperación, planificación conjunta y compaginación de las respuestas ante emergencias, lograr la erradicación de la poliomielitis es posible incluso en un contexto de prioridades sanitarias contrapuestas y recursos limitados.

[†] Casi 50 países recibieron asistencia de los dispositivos de lucha contra la poliomielitis frente a la COVID-19 en la Región de África (36), la Región del Mediterráneo Oriental (8) y la Región de Asia Sudoriental (5), por valor de 26,7 millones de dólares en junio de 2020. Véase Contributions of the polio network to the COVID-19 response: turning the challenge into an opportunity for polio transition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. (<https://www.who.int/publications/i/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, consultado el 12 de abril de 2021).

[‡] Véase: Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Polio Eradication and Essential Programme on Immunization Interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of the COVID-19 pandemic. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>, consultado el 12 de abril de 2021).

Meta Uno: interrumpir permanentemente la transmisión de todos los poliovirus en los países con paludismo endémico

El WPV1 persiste en el Afganistán y el Pakistán, que constituyen un solo bloque epidemiológico debido a profundos vínculos sociales, culturales y económicos, y a una gran circulación de personas a nivel transfronterizo. En el Afganistán, las restricciones a las campañas de inmunización domiciliaria en las zonas meridionales han hecho que más de un millón de niños no fueran vacunados conforme al calendario desde mayo de 2018, entre los que figuran niños denominados de «dosis cero» que no han recibido la inmunización básica. En 2019 y 2020, respectivamente, el 90% y el 75% de los casos de WPV1 tuvieron su origen en zonas inaccesibles. En el Pakistán, los avances se han visto dificultados por las dudas frente a las vacunas y por el desfase entre los retos sobre el terreno en las zonas prioritarias y los esfuerzos programáticos para superar dichos retos. Concretamente, la interacción ineficaz con las comunidades de lengua pastún, que representan el 15% de la población del Pakistán, se ha traducido en una carga desproporcionada de casos de WPV1 (81%) a lo largo de los diez últimos años.

La interrupción del WPV1 en el Afganistán y el Pakistán exige una postura de emergencia por parte de la IEMP, los gobiernos y todas las partes interesadas en la erradicación de la poliomielitis. Los modelos apuntan a que, si no se consiguen erradicar los WPV1 en estos dos últimos países con paludismo endémico, podría resurgir la transmisión de poliovirus salvajes a nivel mundial con 200 000 nuevos casos anuales de poliomielitis en un plazo de diez años.

Para proteger la inversión realizada durante generaciones en la erradicación de la poliomielitis, la **Meta Uno** ofrece una trayectoria para lograr la interrupción permanente de la transmisión de WPV1 (véase la **figura 3**).

Figura 3. Objetivos y ejes estratégicos de la Meta Uno

Retos para el programa	Claves estratégicas	
- Más de un millón de niños en el sur del Afganistán resultan inaccesibles al programa para la poliomielitis. - Los gobiernos nacionales y provinciales no otorgan prioridad a la erradicación de la poliomielitis. - La desconfianza en los programas sobre la poliomielitis y en las vacunas contribuye a las dudas, sobre todo en algunas comunidades de lengua pashtún. - Las campañas contra la poliomielitis no siempre se caracterizan por una calidad alta, lo que hace que siempre se deje de vacunar a niños.	 Promoción política	Promoción sistemática a todos los niveles para obtener y mantener el acceso en el Afganistán. Intensificación de la promoción a nivel de los gobiernos provinciales en el Pakistán.
	 Participación comunitaria	Investigación multidisciplinar acerca de las dudas frente a las vacunas y la desconfianza comunitaria. Forja de alianzas con las comunidades prioritarias para que participen en el diseño, la titularidad y la ejecución de innovaciones programáticas sensibles a las cuestiones de género.
	 Campañas	Profesionales motivados con la formación y el apoyo adecuados capaces de satisfacer las necesidades de la comunidad. Innovaciones en el seguimiento para posibilitar una retroalimentación más rápida y mejorar la calidad de los datos.
	 Integración	Más alcance de la inmunización básica y complementaria en comunidades prioritarias y zonas de alto riesgo mediante la vacunación en paralelo a la prestación de servicios básicos. Alianzas fuertes con los gobiernos, las comunidades y otros programas conexos sanitarios y de otra índole para aumentar el nivel de acceso y reducir el número de comunidades no alcanzadas y niños a los que no se ha administrado ninguna dosis.
	 Vigilancia	Mejora de los plazos de detección desde que se declara un caso hasta los resultados finales. Establecimiento de una trayectoria hacia un sistema de vigilancia integrada sostenible.
	 Entorno propicio	Mayor representación y empoderamiento de la mujer a todos los niveles y en todos los aspectos del programa. Asistencia específica a los programas de cada país mediante el centro de la IEMP.

Fuente: OMS.

De conformidad con la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026**, el programa pasará de los enfoques actuales centrados en las necesidades a adoptar iniciativas sistemáticas y pragmáticas de promoción política. En el Afganistán se obtendrá y mantendrá el acceso a los niños no alcanzados involucrando a todos los

actores locales para que velen por el carácter apolítico de las actividades relacionadas con la poliomielitis y por la protección frente a dicha enfermedad de todos los niños, independientemente de dónde estos vivan. En el Pakistán, el programa aprovechará toda oportunidad que se le presente para velar por que la erradicación de la poliomielitis siga figurando entre las prioridades del Gobierno, entre otras cosas a través del Grupo de Trabajo Nacional presidido por el Primer Ministro y los Grupos de Trabajo Provinciales dirigidos por los jefes de gobierno provinciales, así como mediante la participación directa de líderes mundiales y del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis en todos los foros pertinentes.

Con el fin de aumentar la aceptación frente a las vacunas, la IEMP identificará más pormenorizadamente las dinámicas que subyacen a las dudas. Mediante enfoques multidisciplinarios que incluyan un análisis de género interseccional y métodos para inducir el cambio social y conductual, el programa diseñará intervenciones específicas en zonas insuficientemente atendidas con altos niveles de desconfianza. Las iniciativas de participación comunitaria ajustadas a nivel local y la comunicación para el desarrollo servirán para lograr un entorno propicio mediante la constitución de alianzas con las comunidades para alentar a líderes y personajes influyentes a convertirse en defensores de la erradicación.

© UNICEF / Pakistan



Los programas nacionales también darán prioridad a la combinación de la vacunación contra la poliomielitis y otros antígenos o intervenciones sanitarias, como la distribución de dosis de vitamina A y comprimidos antihelmínticos o la divulgación de documentos de promoción de la salud materno-infantil. En las comunidades insuficientemente atendidas de los distritos de alto riesgo del Afganistán y los distritos de mayor riesgo del Pakistán, el programa otorgará prioridad a una prestación de servicios integrados, ya que, al satisfacer las necesidades de la comunidad, se fomentará la confianza. En las zonas inaccesibles del Afganistán, donde las campañas domiciliarias están prohibidas, la prestación de servicios integrados será un aspecto clave de la estrategia para lograr una cobertura de inmunización alta. En ambos países donde el paludismo es endémico, una estrecha colaboración con las organizaciones no gubernamentales (ONG) y con entidades privadas serías permitirá reducir el número de niños que no han recibido la inmunización básica mediante un mayor acceso y aprovechamiento de la inmunización básica y la introducción o ampliación de la cobertura de la vacuna antipoliomielítica oral en recién nacidos en los centros de salud, así como la comprensión de los factores subyacentes al rechazo frente a las vacunas y la adopción de medidas al respecto. Ello se verá facilitado por la utilización de microplanes operativos integrados, más supervisión y seguimiento de las actividades de difusión, la armonización de las iniciativas de movilización social y promoción de la salud y la introducción de nuevas tecnologías proactivas en apoyo de las operaciones.

Con el fin de mejorar la calidad de las campañas de inmunización, la IEMP apoyará las medidas gubernamentales para asegurar la presencia de vacunadores y supervisores adecuados con las garantías de seguridad apropiadas y para reforzar de manera general los mecanismos de supervisión de las campañas. Tanto en el Afganistán como en el Pakistán, la IEMP procurará facilitar y acelerar las iniciativas gubernamentales para adoptar herramientas digitales que aporten mayor precisión, agilicen la retroalimentación y simplifiquen la recogida de datos, sin por ello perder de vista el desglose de la información por sexos. Más concretamente, la IEMP aumentará la tecnología para identificar posibles deficiencias de la microplanificación y desplegará una mayor actividad de seguimiento durante las campañas con el fin de sentar los cimientos de la acción sobre bases informativas más sólidas.

El conjunto de estos enfoques mejorará la eficacia de las operaciones del programa, cambiará la manera en que el programa atiende y responde a las comunidades y aumentará el compromiso con la erradicación de los interesados locales, provinciales y nacionales. Mediante sus planes nacionales de acción de emergencia, el Afganistán y el Pakistán se han fijado ambiciosos hitos en lo que respecta a la erradicación del WPV1, y la IEMP apoyará los esfuerzos de ambos países para lograr la plena implementación de dichos planes.⁶ El centro de la IEMP para el Afganistán y el Pakistán brindará la asistencia específica necesaria para los programas nacionales.

⁶ Los planes nacionales de acción de emergencia se pueden consultar en las páginas del sitio web de la IEMP dedicadas al Afganistán (<https://polioeradication.org/where-we-work/afghanistan>) y al Pakistán (<https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>).

Meta Dos: frenar la transmisión de cVDPV y prevenir los brotes en los países donde estos virus no son endémicos

En abril de 2016, tras la declaración en 2015 de la erradicación del WPV2,⁷ se sustituyó en todo el mundo la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tVOP) por la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bVOP) que contiene solo los tipos 1 y 3, con el fin de eliminar todas las vacunas con poliovirus vivos atenuados de tipo 2 y los riesgos asociados a ellas. Este recambio y los retrasos experimentados para introducir la vacuna con poliovirus inactivados (IPV) en las campañas de inmunización esencial en todas las regiones se tradujo en una reducción de la inmunidad contra el poliovirus de tipo 2. Como consecuencia de ello, los brotes de infección por cVDPV2 se han convertido en una amenaza para la salud pública tan grande como la que ocasiona el WPV1, prueba de lo cual es que, desde 2017, se han registrado anualmente más casos de infección por cVDPV2 que de la causada por el WPV1. Entre 2019 y 2020, los casos de infección por cVDPV2 se triplicaron; estos virus se continuaron extendiendo en la Región de África, causando brotes que abarcaron desde el océano Atlántico hasta el Índico; virus procedentes de las Filipinas se propagaron dentro del país y, a nivel regional, a Malasia; y virus que circulaban en Afganistán y Pakistán se propagaron a República Islámica del Irán y a Tayikistán. Aunque la IEMP ha declarado la finalización de 27 brotes en el transcurso de los dos últimos años, estos se propagan con una amplitud y una velocidad que supone un riesgo para la erradicación mundial de la poliomielitis que se debe eliminar.

En este contexto, en la **Meta Dos** se modifican considerablemente la estrategia y los métodos para la IEMP y los países afectados creen un sentido de urgencia, a fin de lograr la meta de poner fin a la transmisión de cVDPV2 (véase la **figura 4**).

Figura 4. Metas y ejes estratégicos de la Meta Dos

Retos del programa	Ejes estratégicos	
• Brotes de infección por VDPV a gran escala y de rápida expansión. • Disminución de la inmunidad contra los poliovirus de tipo 2. • Retraso en la detección y campañas de baja calidad. • Impulso político y responsabilidad limitados para detener los brotes. • Disminución de los recursos de los programas, tanto humanos como financieros. • Cambio de prioridades de los países y los donantes, debido en parte a la COVID-19. • Se necesitan mejores herramientas para combatir los VDPV de tipo 1 y 3.	 Promoción política	Implicar a los responsables gubernamentales y políticos mediante la promoción de la integración de los servicios de salud a fin de garantizar la aplicación de emergencia, la dotación de recursos y la rendición conjunta de cuentas para responder de forma oportuna y eficaz a los brotes.
	 Vigilancia	Aplicar innovaciones técnicas en materia de vigilancia y análisis de muestras para la detección, la secuenciación y la puesta en marcha más rápida de las actividades de respuesta.
	 Campañas	Mejorar la planificación y la ejecución de las campañas de vacunación con nOPV2 mediante la optimización del alcance de la respuesta, los pagos con servicios de monedero electrónico, la digitalización de las campañas y otras innovaciones.
	 Participación comunitaria	Involucrar a las comunidades nómadas y asentadas tanto antes como durante las campañas de lucha contra los brotes.
	 Integración	Garantizar el éxito de la estrategia de Gavi para los niños que nunca han sido vacunados y potenciar las campañas de vacunación con varios antígenos . Prestar apoyo las emergencias sanitarias mundiales , centrándose a corto plazo en la COVID-19.
	 Entorno propicio	Pasar de la OPV (Sabin) a la nOPV2 y garantizar un suministro suficiente de vacunas. Pasar a una estructura regional en la que la IEMP y los países rindan cuentas de los progresos realizados. Utilizar un análisis rápido de las cuestiones relativas al género para configurar a la respuesta a los brotes.

nOPV2 = nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; VDPV = poliovirus de origen vacunal.

Fuente: OMS.

En aplicación de la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026**, los gobiernos deberán responsabilizarse y rendir cuentas por la finalización de los brotes, en colaboración con la IEMP, para que

⁷ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP). Global eradication of wild poliovirus type 2 declared. Bali: Organización Mundial de la Salud; 20 de septiembre de 2015 (<https://polioeradication.org/news-post/global-eradication-of-wild-poliovirus-type-2-declared>, consultado el 12 de abril de 2021).

las actividades para hacer frente al cVDPV2 se ejecuten con un sentido real de urgencia. La IEMP, por medio de la participación regular de los gobiernos y de los responsables políticos interesados, la adopción de planteamientos la atención de salud integrados y sistemáticos, el uso de las plataformas regionales y la cooperación con los asociados locales, aportará claridad y urgencia a las actividades de lucha contra el cVDPV2 y ayudará a determinar cuáles son las poblaciones insuficientemente inmunizadas y a colaborar con los gobiernos y los asociados en la inmunización para solventar las deficiencias de los sistemas de salud. Además, la IEMP trabajará con los gobiernos nacionales a fin de establecer mecanismos de responsabilización conjunta de los resultados de la respuesta a los brotes. De este modo, los dirigentes regionales, nacionales y provinciales serán conscientes de que todavía no se ha puesto fin a la enfermedad, de que deben actuar para lograr la erradicación y de que, al invertir ahora para cumplir ese propósito, invierten también en otras prioridades en las esferas de la salud y el desarrollo.

Una de las principales cuestiones de esta nueva estrategia es la introducción y la ampliación del uso de una nueva vacuna para hacer frente a los virus de tipo 2 —es decir, la nueva vacuna antipoliomielítica oral contra los virus de tipo 2 (nOPV2)— en la respuesta a los brotes. Puesto que se prevé el riesgo de que la nOPV2 produzca nuevos brotes será menor, se podrá utilizar la vacuna a mayor escala en grupos poblacionales a los que no se ha administrado una OPV2 y hacer posible que los países pongan fin a la transmisión; de ese modo, se evitará la propagación a zonas situadas fuera de aquellas donde se está desarrollando la respuesta.

A fin de complementar las actividades de respuesta de alta cobertura, se emplearán innovaciones técnicas en la vigilancia y el análisis de muestras para facilitar la detección rápida y fiable de los brotes. La cobertura se podrá ampliar de forma eficaz extendiendo las redes de vigilancia medioambiental y en las comunidades, así como potenciando la utilización de herramientas digitales, el mapeo y el modelado poblacional. Las muestras se analizarán más rápidamente gracias a la detección directa y la secuenciación en los países; el rastreo para detectar y solventar puntos de congestión en el transporte que puedan afectar desproporcionadamente a los países que carezcan de capacidad para analizar muestras y el desarrollarlo continuo de métodos de detección rápida y secuenciación.

También se efectuarán diversas actividades para mejorar la planificación y la ejecución de las campañas: evaluaciones de riesgos y planificación para optimizar la respuesta a los brotes; análisis rápidos con perspectiva de género para configurar la respuesta a los brotes y mejorar los resultados de la vacunación, la aplicación continua de pagos a los vacunadores mediante servicios de monedero electrónico (Mobile Money) para mejorar la satisfacción y la motivación del personal de primera línea, y la digitalización global, desde la planificación de las campañas al seguimiento durante y después de estas. Además, la IEMP buscará nuevos asociados para, tanto antes como durante las campañas, atender a los grupos poblacionales nómadas o que se desplazan, escuchando a las familias y vinculándolas a otros servicios y programas. El éxito de estos nuevos enfoques se garantizará otorgando una función más destacada a las mujeres, que participarán más en la vigilancia, la gestión, la supervisión y la prestación, con metas claras para medir el logro de los objetivos.

Para que las regiones y los países más afectados por los brotes de infección por cVDPV estén mejor capacitados, se prestará apoyo sobre todo a las regiones de África y del Mediterráneo Oriental; a este respecto, la IEMP ampliará sus equipos de gestión de brotes, sobre todo por lo que respecta a los responsables de los equipos de respuesta que se pueden desplazar a los países receptores de asistencia en un plazo de 24 a 48 horas después de la confirmación de un brote. También se adoptarán otros mecanismos de rendición de cuentas por la IEMP y por los países, como el establecimiento de subcomités ministeriales para las regiones de África y del Mediterráneo Oriental, que promoverán responsabilidad compartida de los países vecinos a la hora de poner fin a los brotes.

Asimismo, la IEMP modificará la estrategia de vacunación infantil en los países afectados por brotes, pero no solo en ellos. A pesar de que se seguirán efectuando campañas preventivas independientes, la IEMP integrará de forma creciente la administración de bOPV con otras actividades, como los días de la salud infantil, así como con otras actividades de inmunización complementaria previstas, a fin de mejorar la eficacia programática y la rentabilidad. Por otro lado, la coordinación estrecha con el Programa Ampliado de Inmunización; con Gavi, la Alianza para las Vacunas; y con otros asociados en el desarrollo y en la inmunización durante y después de las actividades de respuesta a los brotes hará posible la utilización conjunta de las estructuras de respuesta de emergencia, los acuerdos para facilitar el acceso, la microplanificación y la comunicación. Este enfoque ampliado para fomentar la integración potenciará la inmunización esencial, sobre todo de las comunidades, y permitirá sacar el máximo partido de las campañas de vacunación con varios antígenos para prevenir nuevos brotes de infección por WPV.⁸ La IEMP colaborará con los principales asociados mundiales para establecer una plataforma digital compartida que se puedan utilizar diversas iniciativas sanitarias en la planificación, la ejecución y la notificación de las campañas. En relación con la respuesta a las emergencias y la preparación para las pandemias, la IEMP colaborará estrechamente con otros programas mundiales para que los equipos de lucha contra los brotes de poliomielitis presten apoyo para la administración de vacunas contra la COVID-19, así como para la vigilancia y la comunicación de riesgos continuas.

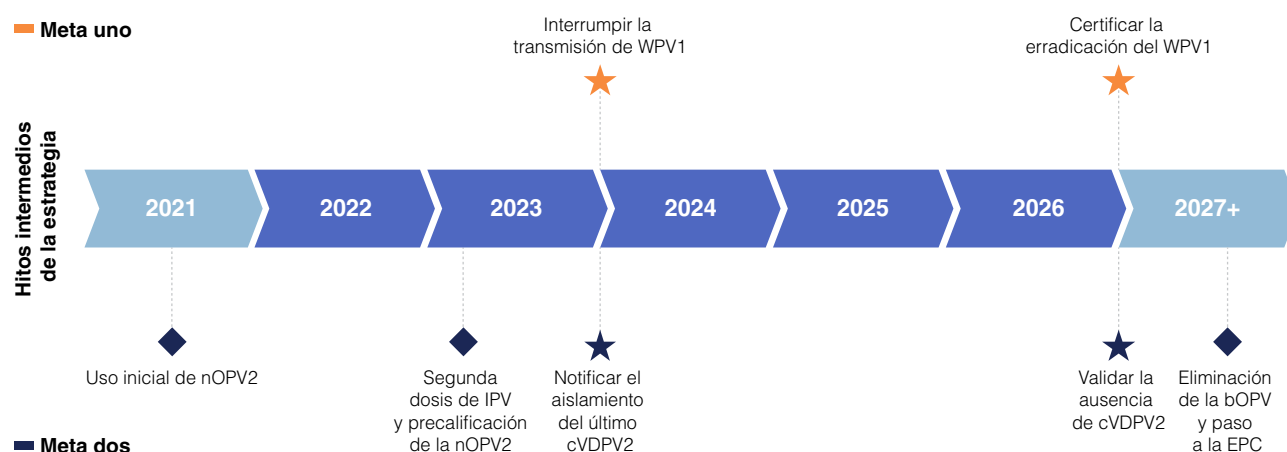
⁸ Esta atención a las comunidades con carencias donde viven numerosos niños a los que no se ha administrado ninguna dosis brinda la oportunidad de colaborar y trabajar eficazmente con Gavi. Véase: Gavi, the Vaccine Alliance. Phase V Strategy (2021–2025). Ginebra: Gavi, la Alianza para las Vacunas; 2019 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025>, consultado el 12 de abril de 2021).

HITOS INTERMEDIOS Y MEDICIONES PARA LOGRAR BUENOS RESULTADOS

La **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** ha establecido unos parámetros ambiciosos para medir los progresos realizados hacia la erradicación, que incluyen interrumpir la transmisión de WPV1 (Meta Uno) y notificar el aislamiento del último cVDPV2 (**Meta Dos**) de aquí a finales de 2023, así como certificar la erradicación de los WPV1 y validar la ausencia de cVDPV2 de aquí a finales de 2026 (véase la **figura 5**). Debido a los riesgos e incertidumbres sin precedentes que enfrenta la alianza, este cronograma funciona como herramienta de planificación y establecimiento de presupuestos y deberá ser evaluada regularmente.

Como ha demostrado la pandemia de COVID-19, pueden darse sucesos súbitos e inesperados que reviertan los progresos alcanzados hacia el logro de las metas de la IEMP. Algunos de los riesgos nuevos que pueden retrasar la interrupción y la certificación son: un desempeño operacional insuficiente, la falta de compromiso y de participación por parte de los gobiernos, la pérdida progresiva de la confianza de los donantes y un apoyo insuficiente en la sociedad civil y las comunidades locales. La IEMP utilizará una combinación de nuevos mecanismos de rendición de cuenta reforzados (por ejemplo, tarjetas de puntuación trimestrales) para detectar y corregir rápidamente los retrasos, los obstáculos y los aspectos en los que el desempeño es insuficiente de forma continua.

Figura 5. Cronograma de planificación y presupuestación de la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026



EPC: Estrategia para el periodo posterior a la certificación.
Fuente: OMS.

Para hacer un seguimiento y efectuar ajustes ante riesgos imprevisibles, se ha elaborado un nuevo sistema de seguimiento y evaluación en el cual se utilizan hitos intermedios, resultados e indicadores claves del desempeño cuantificables para conocer los progresos realizados, detectar deficiencias y hacer que todos los asociados, incluidos los gobiernos y las entidades de la IEMP, rindan cuentas de sus compromisos y sus responsabilidades. Además, las amenazas interrelacionadas que pueden poner en riesgo los resultados de la nueva estrategia se catalogan en un registro de riesgos separado. Con el fin de integrarse mejor en el seguimiento mundial en la esfera de la salud, este sistema de seguimiento y evaluación se incorpora a la Agenda de Inmunización 2030, con la que está armonizado.⁹

⁹ Implementing the Immunization Agenda 2030: Draft framework for action through coordinated planning, monitoring & evaluation, and ownership & accountability. Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/implementing-the-immunization-agenda-2030>, consultado el 12 de abril de 2021).



Los coordinadores técnicos a escala mundial harán irán conociendo regularmente los indicadores y los resultados del sistema de seguimiento y evaluación, y el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis analizará trimestralmente los hitos intermedios a nivel de las metas.

Cuando se logren los últimos hitos intermedios relativos a la certificación de la erradicación de los WPV1 y los cVDPV2, se considerará que se pone en marcha oficialmente la Estrategia para el periodo posterior a la certificación.¹⁰ Ya se han empezado a aplicar algunas medidas para ejecutar esta estrategia, concretamente, en materia de vigilancia integrada de la poliomielitis a largo plazo, capacidad de respuesta, inmunización esencial y contención. Para conseguir que no haya más casos de poliomielitis en el mundo será fundamental efectuar y controlar la contención de poliovirus a largo plazo en instalaciones que cuenten las debidas medidas de seguridad. En 2015, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a contener todos los poliovirus de tipo 2, incluidas las cepas Sabin y otras cepas vacunales, en instalaciones esenciales designadas para manejar estos virus. En el futuro, se asumirán compromisos similares con respecto a los tipos 1 y 3. Las instalaciones de contención designadas deberán aplicar y mantener las seguridad exigidas y permitir la realización de evaluaciones periódicas por parte de auditores y de autoridades nacionales especializadas en contención.¹¹

En la estrategia se explican también otros preparativos que se deben realizar en estas esferas estratégicas, puesto que son fundamentales para mantener la erradicación, entre ellas los planes de transición en los países sin poliomielitis.

¹⁰ Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis: Estrategia Posterior a la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-sp.pdf>, consultado el 12 de abril de 2021).

¹¹ Véase: 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 (GAPIII), tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249577>, consultado el 12 de abril de 2021).

UN ENTORNO FACILITADOR

Para que la **Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026** se pueda aplicar satisfactoriamente es preciso crear un entorno facilitador mediante el establecimiento de estructuras operativas eficaces, la asunción de compromisos básicos en relación con las actividades y la programación que tengan en cuenta las cuestiones de género, la inversión continuada en las innovaciones en materia de investigación, el modelado de la financiación y la movilización de recursos.

Estructura de la IEMP: las innovaciones y transformaciones aplicadas en los países donde la poliomielitis es endémica y donde se dan brotes de esta enfermedad se acompañarán de una evolución del programa para adoptar una estructura «regionalizada». En esta nueva estrategia, la IEMP racionalizará su organización y acercará la toma de decisiones a los lugares donde se ejecutan los programas. Los equipos nacionales, provinciales y distritales se considerarán prioritarios a la hora de contratar a personal y determinar las medidas aplicadas en el terreno; las oficinas regionales brindarán asesoramiento técnico y apoyo administrativo y logístico; y las oficinas mundiales efectuarán estudios, elaborarán orientaciones técnicas, promoverán las medidas en las altas esferas políticas, movilizarán y gestionarán recursos y proporcionarán asistencia a las regiones y los países cuando los recursos locales no basten para solventar los problemas encontrados. La estructura actualizada permitirá incorporar sistemáticamente nuevos asociados de las áreas cuando ofrezcan ventajas comparativas, tal y como sucedió cuando Gavi se integró en la IEMP como uno de los asociados principales en 2019 con el fin de mejorar los resultados de la inmunización. Estos cambios organizativos establecerán también mecanismos para que la IEMP, sus asociados y los países rindan cuentas de los progresos realizados.

Igualdad de género: la aplicación continuada de la Estrategia para la igualdad de género 2019–2023 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, que trata sobre los obstáculos a la vacunación en función del género y sobre la capacitación de las mujeres para fomentar su participación, contribuirá a hacer avanzar las mejoras programáticas, los cambios estructurales y el empoderamiento del personal.¹² El compromiso de la IEMP de tener en cuenta en su programación las cuestiones de género se ajusta adecuadamente a la Agenda de Inmunización 2030 y la Política de Género de Gavi;¹³ será fundamental actuar conjuntamente en materia de equidad e inmunización con los principales asociados en la inmunización.

Comunicaciones: también se ha mejorado la eficacia gracias a la creación del Grupo Mundial de Comunicaciones, que va más allá de las comunicaciones para el desarrollo (C4D, por su sigla en inglés), la comunicación sobre los riesgos en las situaciones de crisis y emergencia y las comunicaciones externas. Desde su establecimiento, este grupo ha elaborado y aplicado instrumentos, estrategias y campañas para fomentar la participación de los principales interesados, hacer frente a la desinformación y a las dudas en relación con la vacunación, intensificar la participación de las comunidades y la demanda de vacunas, y gestionar la complejidad de la información relativa a la COVID-19 y a las vacunas que se usan para prevenirla.

Suministro de vacunas e investigación sobre estas: para erradicar la poliomielitis es necesario, por encima de todo, garantizar el suministro de vacunas antipoliomielíticas diversificado y plenamente financiado que incluya OPV bivalentes y monovalentes para poner fin a la transmisión endémica de la enfermedad, mitigar el riesgo de transmisión y prevenir y combatir los brotes; una reserva mundial de OPV para hacer frente a los brotes de infección por poliovirus que se puedan registrar tras la certificación mundial de la erradicación de los WPV y la retirada de las vacunas antipoliomielíticas orales de los calendarios de inmunización esencial; y vacunas con poliovirus inactivados para proteger a la población de la parálisis causada por la poliomielitis. Además, la IEMP agilizará el desarrollo de nuevas vacunas orales para los tipos 1 y 3 y de nuevas vacunas con poliovirus inactivados para que el grupo de la IEMP encargado de la contención cuente con los recursos necesarios para manejar y almacenar las vacunas.

Financiación y estimación de costos: de acuerdo con las primeras estimaciones de los costos necesarios para interrumpir la transmisión de WPV en dos años, se necesitarán US\$ 5300 en los próximos 5 años, que incluyen un aumento presupuestario de US\$ 3700 (2022–2026). Los principales elementos que aumentarán esos costos son la vigilancia, la respuesta a los brotes y las actividades de inmunización complementaria, los servicios preventivos de salud integrados, el suministro de vacunas y la contratación de personal para las oficinas en los países, las regiones y la Sede. En esta estimación, las premisas asumidas que suponen más riesgo son el cronograma de la interrupción de la transmisión y la duración y amplitud de los brotes continuados de infección por poliovirus de origen vacunal (VDPV); conjuntamente, estas dos cuestiones determinarán en gran medida la evolución del gasto en el transcurso de los años venideros.

¹² Estrategia para la igualdad de género 2019–2023 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333651/WHO-POLIO-19.01-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 12 de abril de 2021).

¹³ Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind (IA2030). Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/who-documents-detail/immunisation-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>, consultado el 12 de abril de 2021). Gavi, the Vaccine Alliance Gender Policy, Version 3. Ginebra: Gavi, la Alianza para las Vacunas; 2020 (<https://www.gavi.org/sites/default/files/programmes-impact/Gavi-Gender-Policy.pdf>, consultado el 12 de abril de 2021).

LOS SIGUIENTES PASOS

El presente resumen ejecutivo se tomará en consideración en la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud de 2021, y los Estados Miembros, a través de la Asamblea de la Salud, participarán activamente en la finalización y la ejecución de la estrategia, que está previsto comenzar en 2022.

En los cinco próximos años, algunas cuestiones se deberán abordar con la máxima determinación y con el compromiso unificado de las agencias que participan en la IEMP, los gobiernos y las partes interesadas de ámbito mundial, nacional y local. La IEMP, actuando con sentido de urgencia y con un planteamiento más integrado consistente en prestar intervenciones sanitarias críticas a los países y regiones afectados por la poliomielitis o que corren riesgo de estarlo, conseguirá liberar al mundo de esta enfermedad y recordar a la comunidad internacional lo mucho que se puede lograr mediante la colaboración y el esfuerzo colectivo.



www.polioeradication.org

POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE