



# Plan de Acción Mundial sobre Vacunas

2011–2020

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Plan de acción mundial sobre vacunas 2011–2020.

1.Programas de inmunización. 2.Vacunas – provisión y distribución. 3.Promoción de la salud. 4.Investigación. 5.Programas nacionales de salud. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350498 8

(Clasificación NLM: WA 115)

© Organización Mundial de la Salud, 2013

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, 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 Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud 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 Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Suiza

**CRÉDITOS // FOTOGRAFÍAS** (fotógrafo, por cortesía de) **Foto de portada:** Saiful Huq Omi, Alianza GAVI / **p. 12:** OPS/OMS / **p. 13:** Olivier Asselin, Alianza GAVI / **p. 15:** Amy McIver, PATH / **p. 16:** Anna Grove, National School of Tropical Medicine / **p. 18:** OPS/OMS / **p. 19:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 20:** OPS/OMS / **p. 21:** Gabe Bienczycki, PATH / **p. 22, izquierda:** Gabe Bienczycki, PATH / **p. 22, centro:** OPS/OMS / **p. 22, derecha:** Lesley Reed, PATH / **p. 23, izquierda:** OPS/OMS / **p. 23, centro:** Amy McIver, PATH / **p. 23, derecha:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 25:** OPS/OMS / **p. 26:** Gabe Biencyzcki, PATH / **p. 27:** Gabe Bienczycki, PATH / **p. 29:** Lesley Reed, PATH / **p. 31:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 33:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 36:** Amy McIver, PATH / **p. 40:** Olivier Asselin, Alianza GAVI / **p. 41:** OPS/OMS / **p. 43:** Alianza GAVI / **p. 47:** Jessica Stuart, Sabin Vaccine Institute / **p. 48:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute/ **p. 52:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 54:** Amira Al-Shairf, Alianza GAVI / **p. 55:** Shirley Villadiego, PATH / **p. 56:** Olivier Asselin, Alianza GAVI / **p. 60:** Patrick McKern, PATH / **p. 61:** Jessica Stuart, Sabin Vaccine Institute / **p. 66:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 67:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 68:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute **p. 69:** Jessica Stuart, Sabin Vaccine Institute / **p. 71:** Lesley Reed, PATH / **p. 73:** Photomorphic, iStock / **p. 77:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 78:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 81:** Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 83:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 89:** Josef Muellek, iStock / **p. 91:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 95:** Saiful Huq Omi, Alianza GAVI / **p. 101:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 108:** Gabe Bienczycki, PATH / **p. 115:** Bartosz Hadyniak, iStock / **p. 125:** Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute // **DISEÑO: BÚRO SVENJA**

# Plan de Acción Mundial sobre Vacunas

## 2011–2020

# Contenido

<p><b>1.</b></p> <p>4 <b>Prefacio</b></p>	<p><b>2.</b></p> <p>8 <b>Plan de Acción Mundial sobre Vacunas</b></p> <p>10 Introducción</p> <p>14 El panorama actual de la inmunización</p> <p>22 Seis principios rectores</p> <p>24 Medición de los resultados</p> <p>28 Objetivos del GVAP</p> <p>32 Acciones para alcanzar los objetivos estratégicos</p> <p>34 Objetivo estratégico 1: Todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad</p> <p>38 Objetivo estratégico 2: Individuos y comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad</p> <p>44 Objetivo estratégico 3: Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas</p>	<p>50 Objetivo estratégico 4: Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente</p> <p>58 Objetivo estratégico 5: Programas de inmunización que cuenten con un acceso sostenible a una financiación previsible, suministro de calidad y tecnologías innovadoras</p> <p>64 Objetivo estratégico 6: Innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional, regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización.</p> <p>72 Rendimiento en Salud de las Inversiones en Inmunización</p> <p>80 Mantenimiento del Impulso en el Decenio de las Vacunas (2011–2020)</p>	<p><b>3.</b></p> <p>84 <b>Plan de Acción Mundial sobre Vacunas Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud 2012</b></p>	<p><b>4.</b></p> <p>88 <b>Anexos</b></p> <p>90 Anexo 1: Resumen de los indicadores propuestos</p> <p>94 Anexo 2: Responsabilidades de las Partes Interesadas</p> <p>100 Anexo 3: Cálculo de costos y metodología de financiación e hipótesis</p> <p>114 Anexo 4: Impactos en la salud y las hipótesis metodológicas</p> <p>120 Anexo 5: Países y organizaciones que contribuyeron a la elaboración del GVAP (por sus siglas en inglés)</p> <p>124 Anexo 6: Marco de Seguimiento, Evaluación y Rendición de Cuentas para el GVAP</p>	<p><b>5.</b></p> <p>144 <b>Agradecimientos y Contactos</b></p>
---	---	---	---	---	--



## Prefacio

El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP por sus siglas en inglés) es un marco que ha sido aprobado en mayo de 2012 por la Asamblea Mundial de la Salud para alcanzar los objetivos de la visión del Decenio de las Vacunas de hacer accesible la inmunización universal. La misión indicada en el GVAP es sencilla: Mejorar la salud mediante la ampliación más allá de 2020 de todos los beneficios de la inmunización a todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento, quiénes son o dónde viven.

Hay evidencia contundente que demuestra los beneficios de la inmunización como una de las intervenciones sanitarias más exitosas y rentables conocidas. A lo largo de los últimos decenios, la inmunización ha logrado muchas cosas, incluyendo la erradicación de la viruela, un logro que ha sido llamado uno de los mayores logros de la humanidad. Las vacunas han salvado incontables vidas, han reducido la incidencia mundial de la polio en un 99% y reducido la enfermedad, discapacidad y muerte a causa de la difteria, tétanos, el sarampión, la tosferina, *Haemophilus influenzae* de tipo b y la meningitis meningocócica.

Se han hecho progresos introduciendo vacunas contra la enfermedad neumocócica y la diarrea por rotavirus así como vacunas para prevenir enfermedades crónicas, tales como cáncer de hígado y cáncer cervical.

Estamos en un momento crucial en la historia. Actualmente, la comunidad sanitaria mundial tiene una oportunidad sin precedentes de coordinar con los gobiernos para desarrollar e implementar planes y estrategias que mejoren la vida de millones de personas alrededor del mundo a través del acceso a la vacunación universal para las vacunas apropiadas.

Juntos, podemos superar las barreras que persisten en el suministro de las vacunas a todos los rincones del planeta. Estas poderosas herramientas ya están disponibles para la mayoría, pero aún no para todos. Para extender la vacunación a todo el mundo, el GVAP busca asegurar los recursos adecuados, desarrollar sistemas de apoyo e infraestructuras de salud y trabajar con los países para formar a los trabajadores de salud que necesiten llegar a poblaciones remotas y marginadas.

El plan también expresa la necesidad de un esfuerzo concertado para desarrollar nuevas y mejoradas vacunas y tecnologías que ayuden a maximizar los beneficios de la inmunización alrededor del mundo en los próximos años.

Este ambicioso plan de acción para llegar a todas las personas con las vacunas que necesitan es el producto de la Colaboración del Decenio de las Vacunas, un esfuerzo sin precedentes que reunió a expertos en el desarrollo, salud e inmunización así como a las partes interesadas.

Esta gran idea de que las vacunas trabajan para salvar vidas, debe ser compartida con un público más amplio, utilizando la Semana Mundial de Vacunación y otros eventos de este tipo para promover la vacunación universal y ayudar a centrarse en los desafíos actuales relacionados con la inmunización. Mientras que los trabajadores se dediquen diariamente a inmunizar a las personas en todos los países, esta semana especial dará a los países y a las organizaciones, oportunidades específicas para incrementar las oportunidades de sensibilizar al público sobre cómo la inmunización puede salvar vidas – durante la misma semana, el mismo año, en todos los países.

Cuando fue aprobado el GVAP, representantes de 194 países también declararon que la erradicación de la polio es una emergencia programática para la salud mundial, pidiendo fondos para completar la iniciativa. La erradicación de la polio es un hito básico e importante para la implementación del GVAP.

Nuestro anhelo es construir sobre los logros alcanzados en el pasado y utilizar nuestra experiencia para salvar más vidas. Este plan, que se basa en la Visión Global de Inmunización de la OMS y UNICEF y la Alianza GAVI, establece los principios rectores y objetivos estratégicos que permitirán la inmunización de más personas contra más enfermedades; introducir nuevas vacunas disponibles y tecnologías; y coordinar la inmunización y otras intervenciones de salud críticas. El plan también sugiere objetivos clave para la investigación y el desarrollo.

El Consejo de Liderazgo del Decenio de las Vacunas, junto a otros socios – gobiernos y oficiales electos, profesionales de la salud, academia, fabricantes, agencias globales, socios de desarrollo, sociedad civil, medios de comunicación y sector privado – están comprometidos para alcanzar los ambiciosos objetivos del GVAP. Juntos vamos a monitorizar y medir el progreso a través del GVAP y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de las Naciones Unidas y marcos de rendición de cuentas de salud. Se espera que muchos más den su apoyo en el futuro, a medida que el plan es implementado a nivel nacional y regional. El éxito de este ambicioso plan mundial será uno de los legados más duraderos para los niños de hoy y las generaciones que les siguen.



**Dr. Seth Berkley**  
Director Ejecutivo  
*Alianza GAVI*



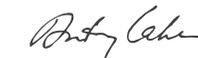
**Dra. Margaret Chan**  
Directora General  
*Organización Mundial de la Salud*



**Dr. Christopher Elias**  
Presidente  
*Programa de Desarrollo Mundial de la Fundación Bill y Melinda Gates*



**Dr. Anthony Fauci**  
Director  
*Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos*



**Sr. Anthony Lake**  
Director Ejecutivo  
*UNICEF*



**Sra. Joy Phumaphi**  
Secretaria Ejecutiva  
*Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria*

# Plan de Acción Mundial sobre Vacunas

En mayo de 2011, la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del informe sobre visión y estrategia mundial de inmunización presentado por la Secretaría.<sup>1</sup> Durante los debates, se acogió con beneplácito la visión de un Decenio de las Vacunas (2011–2020) y la elaboración de un plan de acción mundial sobre vacunas. A continuación, en enero de 2012, en su 130.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo examinó de plan de acción mundial sobre vacunas y ofreció orientación al respecto.<sup>2</sup> Asimismo, adoptó la resolución EB130.R12 sobre la Semana Mundial de Vacunación.<sup>3</sup> El Plan final fue aprobado en la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de Salud en mayo de 2012.

1 Véanse los documentos [A64/14](#) y [WHA64/2011/REC/2](#), actas resumidas de la sexta sesión, sección 2, de la séptima y de la octava sesión, sección 2.

2 Véanse los documentos [EB130/21](#) y [EB130/2012/REC/2](#), acta resumida de la undécima sesión.

3 En el documento [EB130/2012/REC/1](#) figura la resolución, así como las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la resolución.

# Introducción

El plan de acción mundial sobre vacunas tiene como punto de partida los buenos resultados obtenidos con la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización para 2006–2015, que se estableció en 2005 como un primer marco estratégico decenal encaminado a materializar las posibilidades de la inmunización. La preparación del plan ha contado con la participación de múltiples partes interesadas en la inmunización, entre otras, gobiernos y funcionarios elegidos, profesionales de la salud, comunidades académicas, industriales, organismos mundiales y asociados para el desarrollo, así como la sociedad civil y el sector privado, que han definido colectivamente los objetivos que querrían alcanzar durante el próximo decenio las instancias profesionales relacionadas con la inmunización. Al final, se ha llevado a cabo un proceso de consultas a escala mundial entre 1100 personas que representaban más de 140 países y 290 organizaciones, y se han celebrado dos reuniones extraordinarias para informar a los representantes de las Misiones Permanentes ante las oficinas de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales en Ginebra y Nueva York.



**Se ha llevado a cabo un proceso de consultas a escala mundial entre 1100 personas que representaban más de 140 países y 290 diferentes organizaciones**

La inmunización es componente esencial del derecho humano a la salud además de responsabilidad de individuos, comunidades y gobiernos, y debe considerarse como tal. Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año. Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles mediante la vacunación tienen la oportunidad de desarrollarse y más posibilidades de aprovechar todo su potencial. Esas ventajas se ven además reforzadas por la vacunación de adolescentes y adultos. Como parte de un conjunto exhaustivo de intervenciones para prevenir y controlar enfermedades, las vacunas y la inmunización son una inversión esencial para el futuro de un país, e incluso del mundo.

Es hora de cumplir con un compromiso que permita aprovechar todas las posibilidades que ofrece la inmunización. El reconocimiento colectivo de esta oportunidad ha llevado a la comunidad sanitaria mundial a reclamar un Decenio de las Vacunas, en consonancia con las peticiones que figuran en la resolución WHA61.15, relativa a la estrategia mundial de inmunización. La visión del Decenio de las Vacunas (2011–2020) es la de un mundo en donde todos los individuos y comunidades pudieran disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles mediante la vacunación. La misión correspondiente consiste en que, de aquí a 2020 y más allá, todo el mundo pueda beneficiarse plenamente de la inmunización sin importar dónde hayan nacido, quienes sean o dónde vivan.

El plan de acción mundial sobre vacunas reitera los objetivos generales existentes y establece unos nuevos, propone seis objetivos estratégicos y las acciones correspondientes para lograrlos, y facilita una estimación inicial de los recursos necesarios y de la rentabilidad de la inversión. En el [anexo 1](#), figura un resumen de los indicadores recomendados para seguir y evaluar los progresos. Más allá del plan de acción, las partes interesadas del ámbito nacional, regional y mundial deben encargarse de emprender acciones concretas, reflejar el plan de acción en planes operacionales detallados (actualizando tanto el plan de acción como los planes operacionales según se vaya recabando nueva información), completar la formulación de un marco de rendición de cuentas para el Decenio de las Vacunas (2011–2020) y movilizar los recursos necesarios para garantizar que la visión del Decenio de las Vacunas sea una realidad. Para llevar a cabo estas tareas, las instituciones mundiales y nacionales deberán innovar y cambiar su forma de trabajar. En el [anexo 2](#), figura un resumen de las responsabilidades de los participantes.



### Este siglo promete ser el de las vacunas

En muchos aspectos, el siglo pasado fue el siglo del tratamiento y tuvo como resultado una reducción considerable de la morbilidad y mortalidad gracias al descubrimiento y a la utilización de los antibióticos, uno de los más importantes factores de cambio en materia de salud. Este siglo promete ser el de las vacunas, con la posibilidad de erradicar, eliminar o controlar numerosas enfermedades infecciosas graves, potencialmente mortales o debilitantes y con la inmunización como núcleo de las estrategias de prevención. Un importante paso en esa dirección consiste en asegurarse de que la visión del Decenio de las Vacunas se haga realidad.



# La Visión

para el Decenio de las Vacunas (2011–2020) es la de un mundo en el que todos los individuos y comunidades disfruten de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

# El Panorama Actual de la Inmunización

## Importantes progresos durante el último decenio

En el transcurso de los 10 últimos años se han realizado importantes progresos en materia de desarrollo e introducción de nuevas vacunas así como de expansión del alcance de los programas de inmunización. Se han vacunado más personas que nunca y se está extendiendo el acceso y utilización de vacunas entre grupos de edad distintos del de los lactantes. Gracias a la combinación de la inmunización y de otros cuidados de la salud así como de intervenciones para el desarrollo (tales como un mejor acceso a agua salubre y saneamiento, y una mejor higiene y educación) el número anual de decesos de niños de menos de cinco años ha disminuido, pasando de unos 9,6 millones en 2000 a 7,6 millones en 2010, a pesar de que cada año los nacimientos aumenten.



**El número anual de decesos en niños de menos de cinco años ha disminuido alrededor de 2 millones entre los años 2000 y 2010**

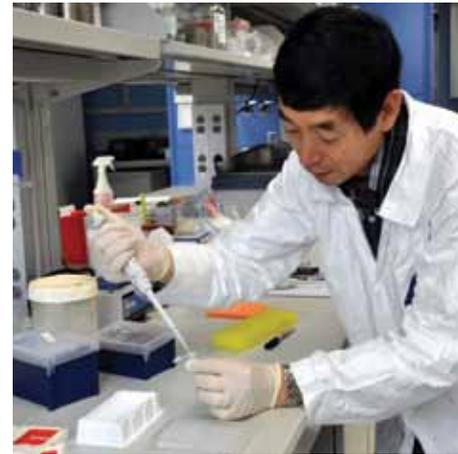
La inmunización ha contribuido a esta reducción de la mortalidad infantil: ha aumentado la cobertura de las vacunas utilizadas desde el inicio del Programa Ampliado de Inmunización, y se han introducido nuevas vacunas. Las vacunas contra la hepatitis B y contra el *Haemophilus influenzae* tipo b han pasado a formar parte de los programas nacionales de inmunización en 179 y 173 países, respectivamente; la poliomielitis está casi erradicada; y cada año se ha evitado un gran número de fallecimientos debidos al sarampión. El número de defunciones causadas por las enfermedades tradicionalmente prevenibles mediante la vacunación (difteria, sarampión, tétanos neonatal, tos ferina y poliomelitis) ha disminuido, pasando de unos 0,9 millones en 2000 a 0,4 millones en 2010.<sup>4</sup>

Durante el último decenio se han ido produciendo nuevas vacunas cada vez más perfeccionadas, tales como la vacuna antineumocócica conjugada vacunas contra la infección de rotavirus y el virus del papiloma humano, que se están distribuyendo actualmente en todo el mundo. Se ha hecho un esfuerzo para reducir el desfase entre países de ingresos altos e ingresos bajos que históricamente ha existido en cuanto a la introducción de nuevas vacunas. Por ejemplo, las vacunas antineumocócicas se introdujeron en países de ingresos bajos poco más de un año después de que lo fueran en países de ingresos altos.

Gracias a una colaboración internacional innovadora, se ha desarrollado una vacuna conjugada asequible contra la *Neisseria meningitidis* serogrupo A, que se está utilizando ahora en el cinturón africano de la meningitis.

Existen actualmente vacunas autorizadas que se utilizan para prevenir 25 infecciones prevenibles mediante la vacunación, o para contribuir a la prevención y control de las mismas (cuadro 1).

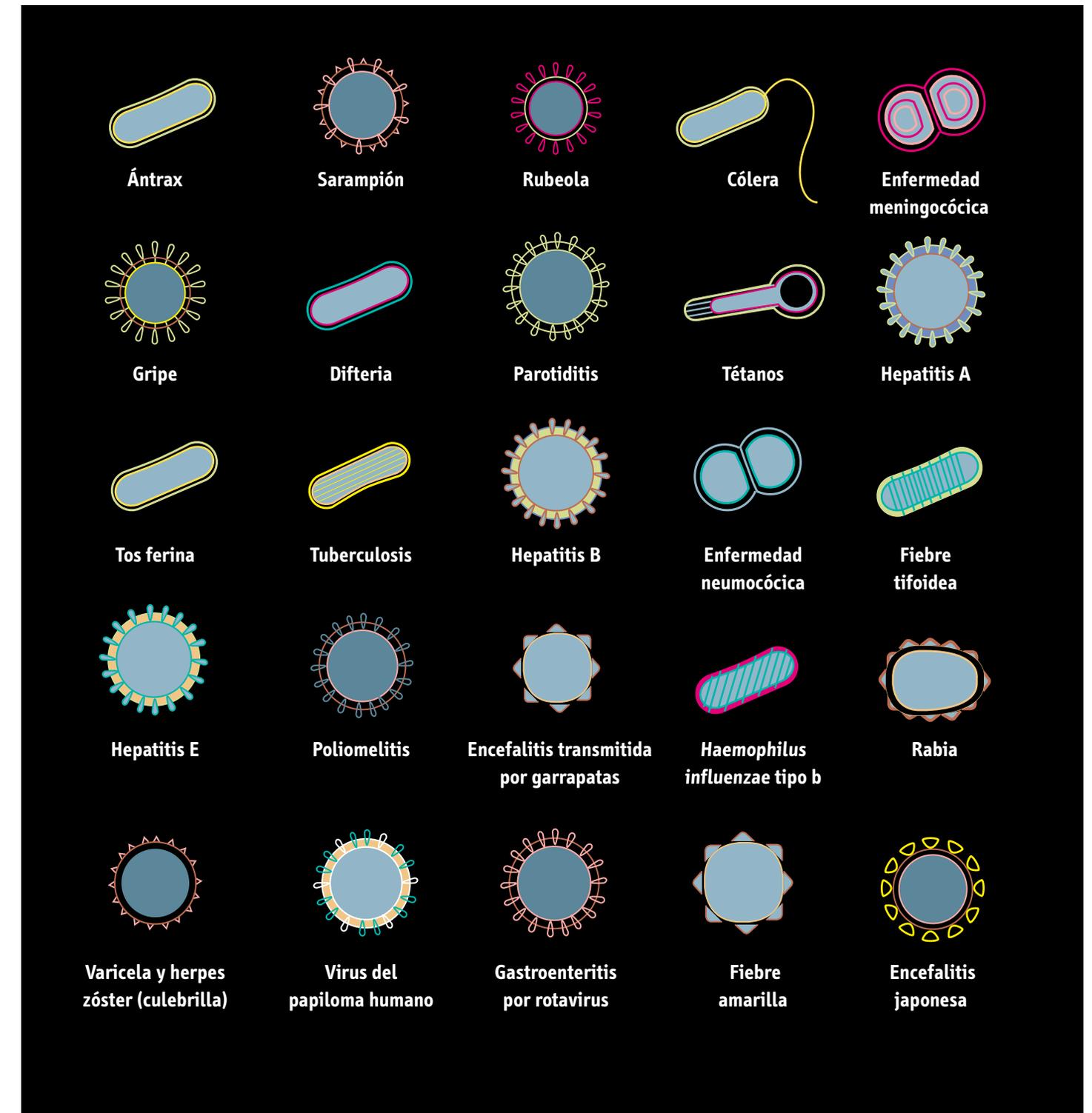
Se han conseguido incrementar las tasas de cobertura de inmunización gracias a que los países han reforzado sus programas nacionales y a que los participantes locales, nacionales, regionales e internacionales han aportado su ayuda mediante un mayor apoyo y una mejor coordinación. Durante el último decenio, han aumentado tanto la financiación procedente de presupuestos nacionales como el flujo de recursos internacionales dedicados a programas de inmunización. Según los datos sobre el programa de inmunización para 2010,<sup>5</sup> 154 de los 193 Estados Miembros informan disponer de una partida en su línea de presupuesto concretamente dedicada a la inmunización, y 147 han establecido planes nacionales multianuales para conservar los logros alcanzados, mejorar el desempeño con miras a conseguir los objetivos generales deseados e introducir adecuadamente nuevas vacunas.



**Se ha hecho un esfuerzo para reducir el desfase entre países de ingresos altos e ingresos bajos que históricamente ha existido en cuanto a la introducción de nuevas vacunas**

<sup>4</sup> Fuentes de las estimaciones: sarampión y tétanos neonatal, en Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012; difteria y poliomelitis, para 2000, en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional\\_2000\\_v3/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_v3/en/index.html) (consultado el 5 de abril de 2012); para 2008 en <http://apps.who.int/gho/data/view.main> (consultado el 5 de abril de 2012); tos ferina, datos provisionales de la Secretaría de la OMS.  
<sup>5</sup> [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/data/en/](http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/) (consultado el 13 de abril de 2012).

**CUADRO 1: AGENTES O ENFERMEDADES INFECCIOSAS PREVENIBLES MEDIANTE LA VACUNACIÓN**



Los países han contado con el apoyo de iniciativas de inmunización mundiales y regionales para poner en marcha sus sistemas de vacunación e introducir nuevas vacunas. Los objetivos mundiales generales y parciales establecidos en la visión y estrategia mundial de inmunización para el periodo 2006–2015, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia y, más recientemente, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de las Naciones Unidas, han estimulado la expansión de programas nacionales de inmunización. Para ello, los países con ingresos bajos y medianos, han contado con el apoyo de iniciativas tales como la Alianza GAVI, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión, los servicios de compra de vacunas de UNICEF y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.



**Será particularmente difícil llegar hasta las poblaciones desatendidas, pero hay que abordar esas inequidades ya que estas poblaciones soportan a menudo una mayor carga de enfermedad**

## Todavía existen importantes necesidades insatisfechas

A pesar de estos avances, las enfermedades prevenibles con vacunas siguen siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad. La adopción de nuevas vacunas por parte de los países con ingresos medianos y bajos (donde la carga por enfermedades suele ser la más alta) ha sido más lenta que en los países con ingresos altos. Por ejemplo, en 2010 únicamente el 13% del total de la cohorte de nacimientos de los países con ingresos altos vivía en países cuyos programas de vacunación no incluían vacunas antineumocócicas conjugadas, frente a un 98% de el conjunto de nacimientos de los países con ingresos bajos.

Las diferencias de cobertura persisten entre los países, al igual que en el interior de los países. En los países con ingresos bajos, la cobertura media de la vacuna triple contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y de la vacuna antisarampionosa fue, respectivamente, un 16% y 15% inferior a la de los países con ingresos altos en 2010. Ello representa sin embargo para ambas vacunas una tendencia positiva en comparación con la diferencia del 30% que existía en el año 2000.

En las áreas rurales de algunos países, la cobertura de la vacuna antisarampionosa es un 33% inferior a la de las áreas urbanas. Asimismo la tasa de cobertura de la vacuna antisarampionosa para el 20% más rico de la población en algunos países es hasta un 58% mayor que para el 20% más pobre. La cobertura también puede ser muy baja en asentamientos urbanos pobres, en particular en ciudades con poblaciones migrantes transitorias y en comunidades indígenas.

La distancia geográfica de los centros de salud no es el único determinante de la baja cobertura; las desigualdades también se asocian a otros determinantes socioeconómicos, tales como los niveles de ingresos y el grado de educación de la madre. Es preciso centrarse especialmente en los países con ingresos medianos bajos, muy poblados, en donde viven la mayoría de los que no están vacunados. Será particularmente difícil llegar hasta las poblaciones desatendidas, pero hay que abordar esas inequidades ya que estas poblaciones soportan a menudo una mayor carga de enfermedad y pueden

Carecer de acceso a la atención médica y servicios básicos, con las consiguientes graves consecuencias para la salud que repercuten en la frágil economía de los individuos y de sus familias.



Un **16%**  
de menor cobertura de la  
vacuna triple en países de  
ingresos bajos respecto  
de los países con ingresos  
altos en 2010

## Nuevas oportunidades y desafíos en el Decenio de las Vacunas (2011–2020)

Individuos y comunidades, gobiernos y profesionales de la salud son los máximos responsables de explotar las oportunidades y enfrentarse a los desafíos que aportará este decenio. Se espera que durante este decenio se pueda disponer de vacunas nuevas y mejoradas, debido a la sólida cantera de vacunas que incluye varios productos para enfermedades que, por ahora, no pueden prevenirse mediante vacunación. La introducción de nuevas vacunas para luchar contra algunas de las causas responsables de las enfermedades más mortales tales como la neumonía, la diarrea y el cáncer cervicouterino, puede servir de catalizador para agregar intervenciones complementarias. Además de reducir la mortalidad, estas nuevas vacunas prevendrán la morbilidad, con los consiguientes beneficios económicos, incluso en los países que ya han conseguido mejorar las tasas de mortalidad. Las innovaciones en las vacunas existentes traerán beneficios añadidos, tales como mayor efectividad, termoestabilidad, facilidad en la administración y menor costo.

Al mismo tiempo, el desarrollo de vacunas y otras innovaciones de inmunización deben enfrentarse a procesos reguladores y de fabricación cada vez más complejos, así como a costos de investigación, desarrollo y producción cada vez más elevados. A medida que se disponga de nuevas vacunas (por ejemplo, contra el dengue y la malaria) y que se vaya generalizando la administración de vacunas infrautilizadas (tales como las vacunas contra el cólera, el papiloma humano, la rabia, el rotavirus, la rubeola y la fiebre tifoidea), los sistemas de distribución y logística, de por sí ya sobrecargados, se enfrentarán a una necesidad aún mayor de innovaciones. Finalmente, se tendrá que aumentar el número de profesionales de la salud, reforzar sus conocimientos y aptitudes, y también deberán coordinarse y supervisarse mejor. Si bien los desafíos son muchos, la introducción de nuevas vacunas también representa una oportunidad de reforzar los sistemas de inmunización y de actuar como catalizador para poner en práctica muchas de las reformas necesarias. A medida que aumenten las inversiones en inmunización, se tendrá que incrementar la supervisión y rendición de cuentas por parte de los gobiernos.



**Se tendrá que aumentar el número de profesionales de la salud y reforzar sus conocimientos y aptitudes**

Se prevé que las necesidades de fondos para investigación y desarrollo de la inmunización, así como para la adquisición y distribución de vacunas aumenten a más del doble en el próximo decenio. Vacunas nuevas y más complejas conllevarán nuevas necesidades de financiación y los países deberán hacer frente a decisiones difíciles al abordar otras necesidades sanitarias que compiten con las vacunas. Los recursos deberán asignarse de forma más eficiente, y se tendrán que adoptar las decisiones pertinentes, guiándose por las prioridades nacionales, la capacidad, una información clara sobre costos y beneficios de las elecciones y una mejor gestión financiera. Los gastos se habrán de vincular a los resultados y a su impacto, demostrando que se trata claramente de una operación de inversión en la inmunización.

A medida que vayan creciendo las economías de muchos países con ingresos bajos y medianos, irá aumentando su potencial de financiar la inmunización. Países que han dependido de la asistencia para el desarrollo serán capaces de financiar un porcentaje cada vez mayor de sus programas de inmunización, e incluso es posible que finalmente puedan mantenerlos en su totalidad. Algunos podrán dedicar nuevos apoyos financieros y técnicos adicionales a los proyectos mundiales de inmunización. Al mismo tiempo, se prevé que los fabricantes de vacunas de algunos de esos países realicen una contribución más importante al suministro de vacunas accesibles de alta calidad, ampliando el alcance de las fuentes de producción e incrementando la competencia.

La creciente disponibilidad de información y la mayor penetración de redes sociales y de la telefonía móvil contribuyen a impulsar la demanda de inmunización por parte del público, y a asegurar que la población esté consciente tanto de los beneficios aportados por la vacunación como de sus posibles riesgos. El colectivo de inmunización puede aprovechar las redes sociales y los medios de comunicación electrónicos para disipar los temores, conocer mejor la cuestión y fomentar la confianza de forma más efectiva.

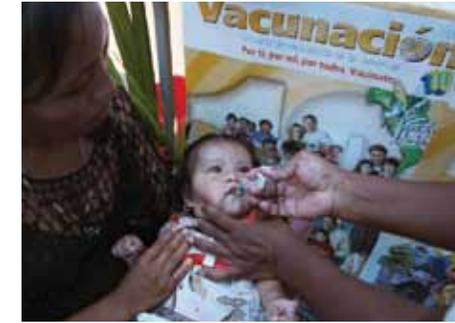
A la hora de formular los principios rectores, la medición de los resultados y las acciones recomendadas que se detallan en las secciones a continuación, se han tenido cuidadosamente en cuenta las lecciones extraídas durante los decenios pasados, las necesidades insatisfechas y las oportunidades y dificultades propias de este decenio.



**A medida que vayan creciendo las economías de muchos países con ingresos bajos y medianos, irá aumentando su potencial de financiar la inmunización**

# Seis Principios Rectores

La elaboración del plan de acción mundial sobre vacunas se ha basado en seis principios, a saber:



1

**IMPLICACIÓN DEL PAÍS:**

son principalmente los países los que deben implicarse en el establecimiento de una buena gobernanza y en la prestación de servicios de inmunización efectivos y de calidad para todos y responsabilizarse de ello.

2

**RESPONSABILIDAD COMPARTIDA Y ALIANZAS:**

la inmunización contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación es una responsabilidad individual, comunitaria y gubernamental que va más allá de fronteras y sectores.

3

**EQUIDAD:**

un acceso equitativo a la inmunización constituye un componente fundamental del derecho a la salud.

4

**INTEGRACIÓN:**

para alcanzar los objetivos generales de inmunización son esenciales unos sistemas sólidos de inmunización que formen parte de sistemas de salud más amplios y estrechamente coordinados con otros programas de prestación de atención sanitaria primaria.

5

**SOSTENIBILIDAD:**

para garantizar la sostenibilidad de los programas de inmunización son esenciales unas decisiones y estrategias de ejecución basadas en conocimientos científicos, niveles adecuados de inversión financiera y una mejor gestión y supervisión financiera.

6

**INNOVACIÓN:**

el potencial completo de inmunización sólo puede hacerse realidad por medio del aprendizaje, la mejora continua y la innovación en investigación y desarrollo, así como la innovación y mejora de la calidad en todos los aspectos de la inmunización.



Estos seis principios fundamentales pueden guiar de forma realista y eficaz el espectro completo de las actividades de inmunización a lo largo de todo el Decenio de las Vacunas (2011–2020). Aún cuando el plan de acción mundial sobre vacunas se tenga que adaptar a contextos específicos de cada región, nación y comunidad, estos principios rectores pueden aplicarse universalmente y son importantes para cada uno de los objetivos generales y de los objetivos estratégicos del Decenio de las Vacunas que se describen a continuación.

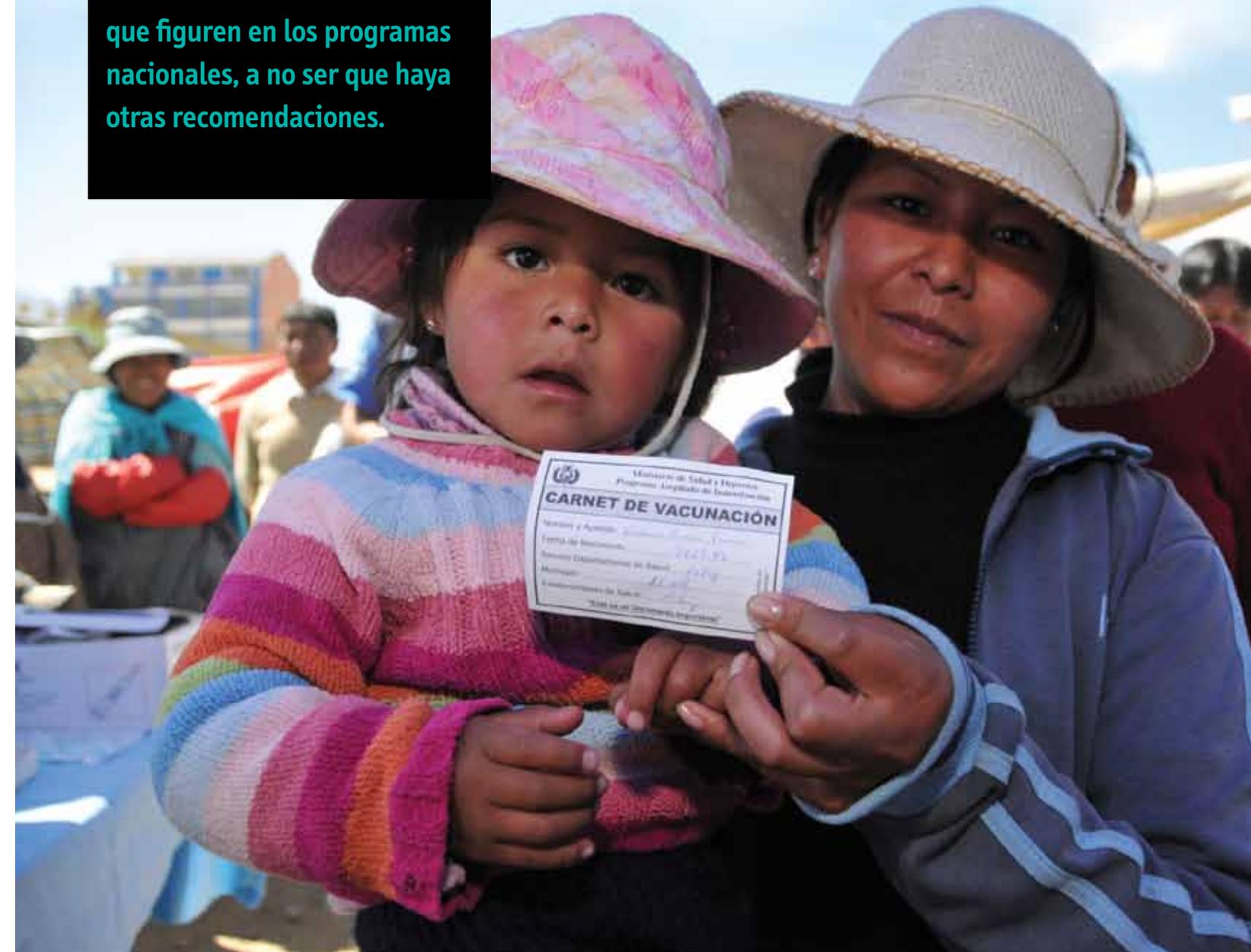
# Medición de los Resultados

El Decenio de las Vacunas trata de emprender acciones para alcanzar unos objetivos generales ambiciosos. A principios del decenio, ello implica lograr los objetivos de eliminación y erradicación ya establecidos. Significa garantizar un mundo libre de poliomielitis, trabajando sobre la transmisión del poliovirus salvaje que representa una emergencia para la salud pública. Quiere decir asimismo asegurarse de que desaparezcan el sarampión, la rubéola y el tétanos neonatal<sup>6</sup> tanto a escala mundial como regional. Completar este programa nunca ha sido tan crucial. El éxito fomentaría el logro de otros objetivos ambiciosos. El fracaso supondría que siguieran ocurriendo millones de casos prevenibles de enfermedad y muerte.

<sup>6</sup> Para 2015, lograr la eliminación del tétanos materno y neonatal (definida como menos de un caso de tétanos neonatal por 1000 nacidos vivos) en cada distrito, la eliminación del sarampión en al menos cuatro regiones de la OMS y de la rubeola en al menos dos regiones de la OMS. Para 2020, lograr la eliminación del sarampión y de la rubeola en al menos cinco regiones de la OMS.



En 2020, la población objetivo deberá alcanzar una cobertura de al menos el 90% de vacunación nacional y el 80% de vacunación en cada distrito o unidad administrativa equivalente con todas las vacunas que figuren en los programas nacionales, a no ser que haya otras recomendaciones.





Más adelante en el decenio, los resultados se medirán en función de la expansión de los servicios de inmunización para cumplir con las metas de cobertura de vacunación en cada región, país y comunidad. El objetivo fijado en la visión y estrategia mundial de inmunización para el periodo 2006–2015, indica que en 2015, la cobertura de las poblaciones destinatarias debería alcanzar al menos el 90% de cobertura nacional de vacunación y al menos el 80% de cobertura de vacunación en cada distrito o unidad administrativa equivalente (utilizando como indicador la cobertura para las vacunas que incluyan la inmunización contra la difteria, tétanos y tos ferina). En 2020, la cobertura de las poblaciones destinatarias debería llegar a esos niveles para todas las vacunas incluidas en programas de inmunización, salvo que existan objetivos diferentes. También debería supervisarse la introducción de vacunas. En este caso, el objetivo consistiría en que, para 2015, al menos 80 países con ingresos bajos o medianos introduzcan una o más vacunas nuevas o infrautilizadas apropiadas. Estos logros técnicos no se mantendrán a menos que los países se impliquen por completo en sus programas de inmunización sistemática (véase, [objetivo estratégico 1](#)).

Durante este decenio, deberían poder evitarse millones de muertes y casos adicionales de enfermedad, gracias al desarrollo, autorización e introducción de vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas para enfermedades con una carga elevada. Concretamente, se debería efectuar el seguimiento de los avances de la concesión de licencias y el lanzamiento de vacunas contra uno o más agentes patógenos importantes que actualmente no se pueden prevenir mediante la vacunación (tales como citomegalovirus, virus del dengue, estreptococo del grupo A, virus de la hepatitis C, anquilostoma, leishmania y virus respiratorio sincitial) y al menos una nueva plataforma de tecnología de distribución.



**Cumplir con los objetivos de cobertura de vacunación en todos los países, regiones y comunidades**

# Objetivos generales del Decenio de las Vacunas (2011–2020)

<p>Conseguir un mundo libre de poliomielitis</p>		<p>Cumplir con los objetivos mundiales y regionales de eliminación</p>	
<p>Cumplir con los objetivos de cobertura de vacunación en todos los países, regiones y comunidades</p>		<p>Desarrollar e introducir vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas</p>	
<p>Superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil</p>			

Si se logran estos objetivos específicos de inmunización, se evitarán cientos de millones de casos y millones de futuras muertes de aquí a finales del decenio, se ganarán miles de millones de dólares de productividad y la inmunización contribuirá a superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil (así como el objetivo subsiguiente después de 2015).



Por ejemplo, se estima que si se cumple con los objetivos de cobertura para la introducción y/o la utilización continua de únicamente 10 vacunas (contra la hepatitis B, el *Haemophilus influenzae* tipo b, el virus del papiloma humano, la encefalitis japonesa, el sarampión, el meningococo A, el neumococo, el rotavirus, la rubéola y la fiebre amarilla) se podrían evitar de 24 a 26 millones de futuras muertes en 94 países durante el decenio, frente a un escenario hipotético según el cual estas vacunas tendrían una cobertura nula (véase también la [anexo 4](#)).

**24–26**  
millones podrían evitarse en el futuro

# Seis objetivos estratégicos

Para poder alcanzar los objetivos generales del Decenio de las Vacunas (2011–2020) se tendrá que progresar continuamente hacia el logro de los seis objetivos estratégicos siguientes:



1

**TODOS LOS PAÍSES SE COMPROMETEN CON LA INMUNIZACIÓN COMO PRIORIDAD.**

Los indicadores principales para controlar el avance hacia este objetivo estratégico a nivel nacional son la presencia de un marco jurídico o legislativo que garantice la financiación de la inmunización y la presencia de un grupo consultivo técnico independiente que cumpla con criterios definidos.

2

**INDIVIDUOS Y COMUNIDADES COMPRENDEN EL VALOR DE LAS VACUNAS Y EXIGEN LA INMUNIZACIÓN COMO UN DERECHO Y UNA RESPONSABILIDAD.**

Los progresos hacia una mejor comprensión y una mayor demanda se pueden evaluar midiendo el grado de confianza del público en la inmunización, mediante encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.

3

**LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN SE DISTRIBUYEN DE FORMA EQUITATIVA A TODAS LAS PERSONAS.**

Los progresos hacia una mayor equidad pueden evaluarse controlando el porcentaje de distritos con una cobertura de la vacuna triple que incluye una inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina inferior al 80% y comprobando las diferencias de cobertura entre el quintil de salud más bajo y el más alto (u otro indicador de equidad apropiado).

4

**SISTEMAS DE INMUNIZACIÓN ROBUSTOS QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DE UN SISTEMA DE SALUD QUE FUNCIONE CORRECTAMENTE.**

La solidez de los sistemas de salud pueden evaluarse basándose en las tasas de abandono entre la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y la primera dosis de la vacuna antisarampionosa. La calidad de los datos es importante para vigilar el funcionamiento de un sistema de salud. Esta puede evaluarse comprobando que los datos de cobertura de inmunización están considerados de alta calidad por la OMS y UNICEF.

5

**PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN QUE CUENTEN CON UN ACCESO SOSTENIBLE A UNA FINANCIACIÓN PREVISIBLE, SUMINISTRO DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS INNOVADORAS.**

Los indicadores principales para controlar el avance hacia este objetivo estratégico serán el porcentaje de los costos de inmunización sistemática financiados a través de los presupuestos públicos y la capacidad mundial instalada para la producción de vacunas recomendadas universalmente dentro de un plazo de cinco años a partir de su autorización o demanda potencial.

6

**INNOVACIONES EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO A ESCALA NACIONAL, REGIONAL Y MUNDIAL PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN.**

Los indicadores principales de los progresos realizados hacia el logro de este objetivo estratégico consisten, entre otros, en una prueba de concepto de una vacuna que muestre una eficacia mayor o igual al 75% contra el VIH/sida, la tuberculosis o la malaria y el inicio de la fase III de ensayos para la primera generación de una vacuna universal contra la gripe. Además, la investigación y capacidad de desarrollo de un país puede medirse por la capacidad institucional y técnica para fabricar vacunas y/o realizar los ensayos clínicos correspondientes y la investigación operacional y organizacional.

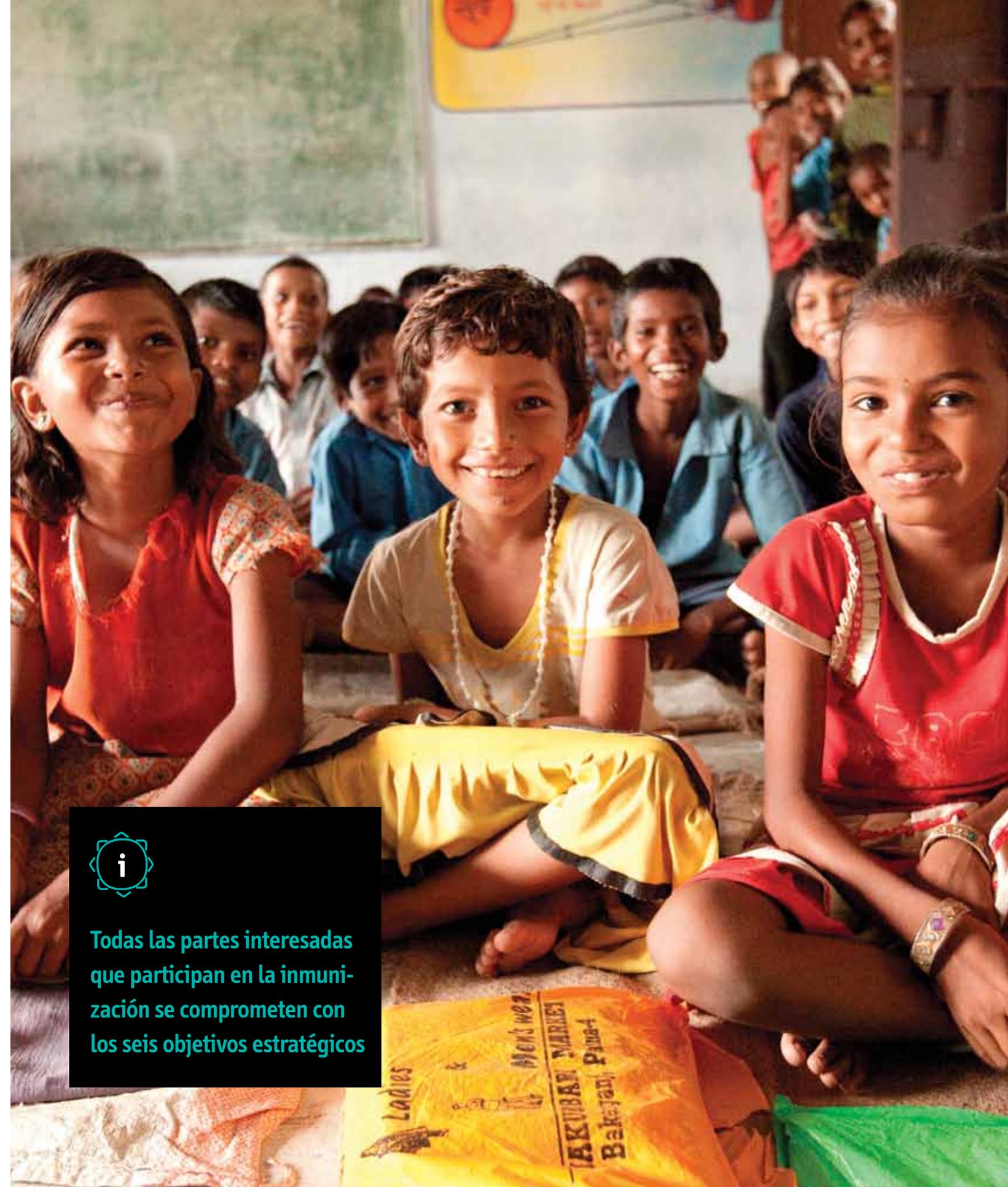
# Acciones para alcanzar los objetivos estratégicos

El hacer realidad la visión y objetivos del Decenio de las Vacunas (2011–2020) sólo será posible si todas las partes interesadas que participan en la inmunización se comprometen con los seis objetivos estratégicos y emprenden acciones para lograrlos; mantienen los principios rectores del Decenio de las Vacunas en todas sus actividades; y vigilan y evalúan con regularidad los progresos realizados para conseguir tanto los objetivos estratégicos como los objetivos generales, utilizando los indicadores descritos anteriormente (véase también [anexo 1](#)).

Se necesita un marco de rendición de cuentas que defina la metodología y las fuentes de datos de estos indicadores, identifique a los encargados de las diferentes actividades, y articule los procedimientos y responsabilidades de vigilancia y evaluación de los progresos en el transcurso del Decenio. El plan de acción mundial sobre vacunas sienta las

bases para cada uno de estos elementos. En el transcurso de 2012, se seguirá con la formulación e implantación del marco de rendición de cuentas a escala nacional, regional y mundial, aprovechando las conclusiones de la Comisión sobre la Información y la [Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño](#) y adaptando las actividades, siempre que

sea posible, a otros esfuerzos e iniciativas de rendición de cuentas a nivel nacional por parte de todos los participantes, con objeto de conseguir y vigilar los progresos.



**Todas las partes interesadas que participan en la inmunización se comprometen con los seis objetivos estratégicos**

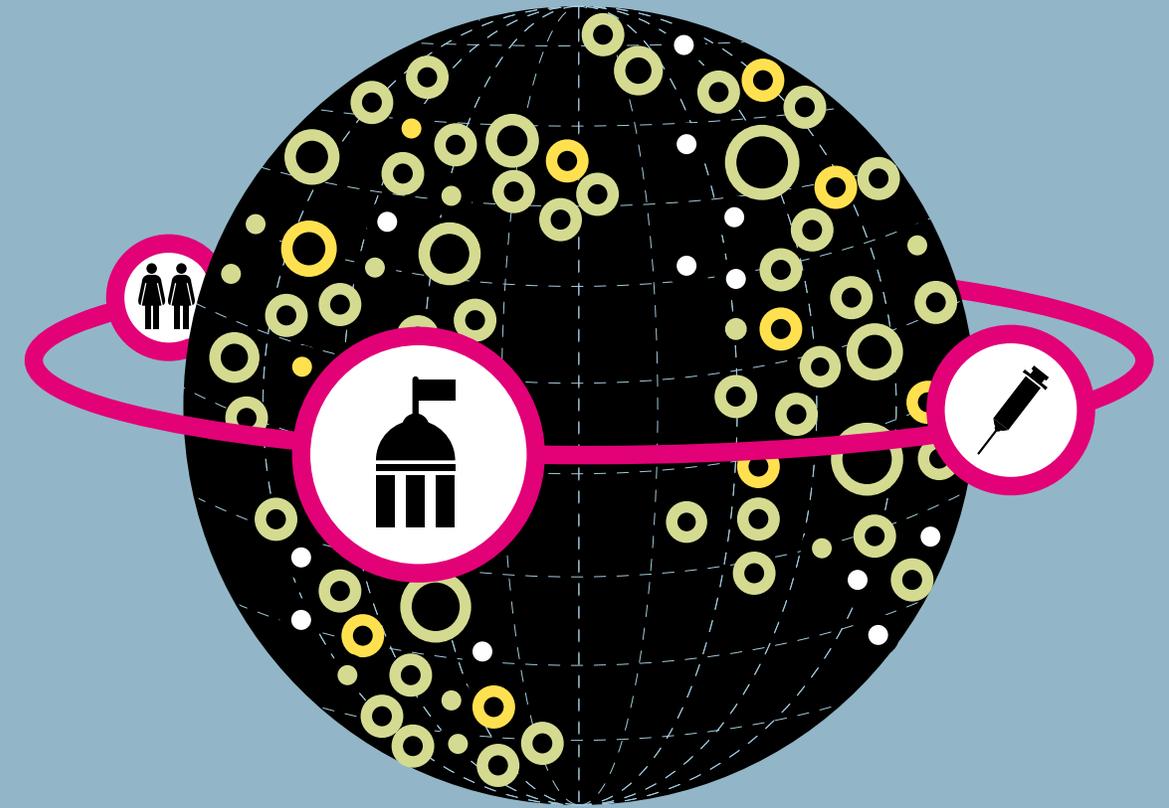
# Objetivo estratégico

# 1

Todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad.

Comprometerse con la inmunización como prioridad significa, en primer lugar, reconocer que se trata de una intervención fundamental de salud pública y que representa un valor en términos de mejora de la salud y beneficios económicos. Los países que establecen objetivos nacionales ambiciosos pero alcanzables y que asignan suficientes recursos humanos y financieros a los programas para alcanzar dichos objetivos; que garantizan que sus planes de inmunización nacional estén plenamente integrados en los planes nacionales de salud, con presupuestos adecuados, y formulados con la participación de los principales actores; que evidencian una buena administración y ejecución de sus planes nacionales de salud, demuestran un compromiso con la inmunización. Sin embargo, el compromiso con la inmunización de un país no implica que la prioridad que se dé a los programas de inmunización o que su financiación sean a expensas de otros programas de salud vitales.

La legislación nacional, las políticas y las decisiones de asignación de recursos deben basarse en conocimientos científicos que descansen sobre datos probatorios creíbles y actuales sobre los efectos directos e indirectos de la inmunización. Gran parte de estos elementos de prueba existen, pero no llegan a los responsables políticos, puesto que los que los recaban no siempre son los que interactúan con quienes toman las decisiones. La colaboración entre los expertos técnicos que recopilan las pruebas y los defensores de la inmunización que elaboran los mensajes adaptados al contexto y que destacan la importancia de la inmunización en los servicios sociales y de salud puede, de manera inequívoca, estructurar las ideas sobre el valor de la inmunización y sobre cómo esta contribuye a la equidad y al desarrollo económico.



**Todos los países: Establecer y mantener el compromiso con la inmunización; informar y comprometer a los líderes de opinión sobre el valor de la inmunización; fortalecer la capacidad nacional para formular políticas basadas en la evidencia.**

Deben establecerse o reforzarse organismos independientes, como grupos consultivos técnicos sobre inmunización, regionales o nacionales, que puedan orientar las políticas y estrategias nacionales, basándose en las condiciones epidemiológicas y económicas locales y reduciendo así la dependencia de organismos externos para la orientación en políticas. Estos organismos pueden fácilmente estar respaldados por instituciones o individuos encargados de recopilar y sintetizar la información necesaria para la toma de decisiones. Podrían ampliarse los sistemas e iniciativas de apoyo a nivel regional, como la iniciativa ProVac<sup>7</sup> de la OPS, para ayudar a los países a consolidar sus procesos de toma de decisiones. Es importante que estos grupos consultivos técnicos nacionales, o sus equivalentes regionales, colaboren con instituciones académicas, sociedades profesionales y otros organismos y comités nacionales, como organismos de reglamentación de vacunas, comités nacionales de coordinación del sector de salud y comités de coordinación entre organismos, para garantizar un enfoque coherente y coordinado que permita cumplir con las prioridades nacionales en materia de salud. Para una ejecución sostenible del programa también son esenciales unos sólidos vínculos entre los ministerios de Salud, Educación<sup>8</sup> y Finanzas, así como entre recursos humanos y legisladores.

Para garantizar el compromiso y la sostenibilidad, se considera esencial el apoyo y el respaldo oficial de políticas y planes nacionales por parte de las instancias políticas y administrativas más altas, tanto en el ámbito nacional como territorial. Los gobiernos y funcionarios elegidos son los responsables de poner en marcha la legislación y las asignaciones de presupuestos necesarias. Puesto que la inmunización es un indicador importante de la capacidad general de prestación de servicios del sistema de salud, debe alentarse a los legisladores a analizar, defender y seguir de cerca los presupuestos destinados a inmunización, así como los desembolsos y actividades del programa de inmunización, tanto a escala nacional como dentro de sus respectivas circunscripciones. Las organizaciones de la sociedad civil pueden, efectivamente, abogar por compromisos cada vez mayores y hacer que los gobiernos rindan cuenta de estos una vez que se hayan adquirido. Para una ejecución eficaz, los programas de inmunización han de disponer de estructuras de gestión. Los funcionarios nacionales y territoriales, responsables de la ejecución de los planes de inmunización, deben rendir cuentas del funcionamiento del programa cuando estén suficientemente facultados para dirigirlo de forma efectiva y tengan las habilidades necesarias para gestionarlo y supervisarlos.

7 ProVac es un paquete de herramientas para apoyar: i) la estimación del impacto de nuevas vacunas en términos de rentabilidad, epidemiología y economía; ii) la formación; y iii) el fortalecimiento de la infraestructura nacional de las instancias decisorias.

8 Especialmente importante para que la inmunización llegue a niños mayores y a adolescentes mediante programas escolares de salud y por los requisitos de inmunización para ingresar en la escuela.



### Asegurar que los planes nacionales de inmunización están completamente integrados en los planes nacionales de salud

En los países con ingresos altos y medianos, el compromiso con la inmunización debería abarcar los mismos ámbitos, pero también podría incluir mantener o asumir el papel de asociados para el desarrollo. Junto con los organismos mundiales, los países asociados para el desarrollo pueden coordinar el intercambio de información y de mejores prácticas entre países, ayudar a subsanar deficiencias temporales de financiación, y respaldar la creación de capacidad, colaborando con las partes interesadas de los distintos países.

#### CUADRO 2: RESUMEN DE LAS ACCIONES RECOMENDADAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 TODOS LOS PAÍSES SE COMPROMETEN CON LA INMUNIZACIÓN COMO PRIORIDAD.



##### Establecer y mantener el compromiso con la inmunización.

**GARANTIZAR** una legislación o marco legal en todos los países, que incluya disposiciones para una línea de presupuesto destinada a la inmunización y a la supervisión y presentación de informes.

**FORMULAR** planes integrales nacionales de inmunización que formen parte de los planes nacionales de salud a través de un proceso de abajo hacia arriba y que incluya a todas las partes interesadas.

**ESTABLECER** objetivos específicos, ambiciosos pero alcanzables, para cada país en el contexto de los objetivos generales de reducción de la morbilidad y la mortalidad.

**EXAMINAR** atentamente, defender y seguir más de cerca los presupuestos de inmunización, los desembolsos y las actividades del programa de inmunización.

**APOYAR** a las organizaciones de la sociedad civil y a las asociaciones profesionales locales para que participen en los debates nacionales sobre inmunización y salud.

##### Informar a los líderes de opinión con respecto al valor de la inmunización y contar con ellos.

**EXAMINAR** modelos para fomentar la colaboración entre los participantes que generen pruebas acerca de la inmunización y aquellos que las utilicen para establecer prioridades y formular políticas.

**RECABAR** y difundir datos probatorios sobre el valor de las vacunas y la inmunización en la salud pública y sobre el valor añadido de lograr la equidad en el acceso y el uso de la inmunización.

**RECABAR** y difundir datos probatorios sobre los considerables beneficios económicos de la inmunización para individuos, hogares, comunidades y países.

**INCLUIR** la inmunización en el orden del día de las reuniones de los órganos rectores a todos los niveles y en otros foros sociales, sanitarios y económicos.

##### Fortalecer la capacidad nacional de formular políticas basadas en datos probatorios.

**CREAR** o reforzar organismos independientes que formulen las políticas nacionales de inmunización (por ejemplo, grupos consultivos técnicos regionales o nacionales sobre inmunización).

**CONCEBIR** métodos más eficaces para que los organismos nacionales de reglamentación, los comités nacionales de coordinación del sector salud y los comités de coordinación entre organismos apoyen los programas de inmunización como parte de los programas de control de enfermedades y de atención preventiva de salud.

**CREAR** foros regionales para el intercambio de información, mejores prácticas y herramientas entre pares.

**CREAR** mecanismos de mayor alcance y más transparentes para añadir, compartir y utilizar información con objeto de controlar los compromisos.

# Objetivo estratégico

## 2

Individuos y comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad.

La cobertura y sostenibilidad del programa pueden mejorar considerablemente si los individuos y las comunidades comprenden los beneficios y los riesgos de la inmunización, son alentados a utilizar los servicios, pueden hacer demandas al sistema de salud y se implican en la planificación y ejecución de los programas dentro de sus comunidades locales. Si bien, en general, ha habido una gran demanda de los servicios de vacunación, puede que para llegar a las poblaciones de difícil acceso, lograr mayores niveles de cobertura y alcanzar los objetivos de equidad, se requieran otros enfoques para estimular la demanda de vacunación.

La generación de demanda individual, familiar y comunitaria requiere una utilización más eficaz de las plataformas tradicionales, así como nuevas estrategias para comunicar los beneficios de la inmunización, hacer hincapié en la vacunación como un componente básico del derecho a la salud y fomentar un mayor uso de los servicios. Las nuevas medidas podrían beneficiarse de los medios sociales y de los enfoques utilizados en las labores del marketing comercial y social para promover la inmunización y para despejar las inquietudes. También deberían utilizarse las nuevas tecnologías móviles y de internet, basándose en las experiencias y los buenos resultados de otras campañas innovadoras de salud pública. Las comunicaciones y la investigación social para identificar las barreras y los determinantes de la vacunación tendrían que servir de base para la elaboración de mensajes dentro de un contexto concreto. En los programas de educación primaria deberían incluirse lecciones sobre vacunas e inmunización. Conceptos multisectoriales que fomentan actividades como la educación y capacitación de la mujer ayudarán a fomentar la utilización de los servicios de inmunización y los de salud en general.



**La cobertura y sostenibilidad del programa pueden mejorar considerablemente si los individuos y las comunidades comprenden los beneficios y los riesgos de la inmunización**

En su caso, las estrategias del programa podrían incluir también medidas para incentivar a las familias a solicitar los servicios de inmunización, y para que los proveedores de atención de salud aumenten su rendimiento en cuanto a la vacunación de los niños, en particular de aquellos a los que no se haya llegado anteriormente. A nivel familiar, los programas de transferencias condicionadas de efectivo a menudo incluyen la vacunación de los niños como requisito para recibir transferencias de ingresos familiares. Se ha comprobado que estos programas pueden tener un efecto positivo en las tasas de cobertura, incluso en países con tasas de cobertura altas, y especialmente para las poblaciones más marginadas. Dichos programas se gestionan a menudo en los países como parte de un amplio paquete de protección social o de medidas de mitigación de la pobreza, y ofrecen por lo tanto la oportunidad de vincular los programas de inmunización y el Ministerio de Salud con otras iniciativas de desarrollo más amplias, incluyendo las que están a cargo de otros ministerios.

Además, en lo referente a los centros de salud se puede motivar tanto a las familias como a los proveedores de atención de salud a través de donaciones en especie en el momento de la vacunación, o de primas a los proveedores mediante bonos económicos basados en los resultados. Si bien está aún pendiente un análisis más riguroso del efecto de las recompensas económicas basadas en los resultados, datos preliminares parecen indicar que dan lugar a un creciente número de niños vacunados.

Incentivar a los profesionales de la salud y a las familias mediante pagos monetarios y en especie presenta problemas de ejecución que deben abordarse cuidadosamente. Estos planes tienen que respetar la autonomía de los beneficiarios. Aquí también es necesaria la investigación social para determinar las condiciones en que los incentivos contribuirían a mejorar la cobertura, así como los tipos y niveles de incentivo adecuados a cada contexto. Deberían además establecerse mecanismos para garantizar la fiabilidad del suministro de vacunas.

Mientras que algunas razones de los recelos pueden, sin duda, resolverse mediante una mejor comunicación e iniciativas de promoción destinadas a combatir los grupos de presión antivacuna cada vez más numerosos y a dar a conocer mejor el valor de las vacunas o el peligro de las enfermedades, otras se abordan mejor garantizando la calidad de los servicios. Los individuos serán menos reticentes a utilizar estos servicios si perciben que la calidad de los mismos es aceptable. Será más probable que asistan a las sesiones de vacunación si los servicios se prestan de forma conveniente y previsible, se brinda asesoramiento práctico sobre por

## Deberían además establecerse mecanismos para garantizar la fiabilidad del suministro de vacunas

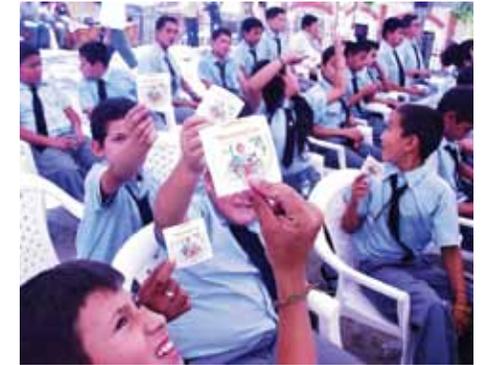


qué, dónde y cuándo acudir para ser vacunados, los profesionales de la salud tienen una actitud acogedora, los tiempos de espera son razonables y los servicios se ofrecen gratuitamente. Los profesionales de la salud deben recibir formación en materia de comunicación de modo que puedan relacionarse de manera eficaz con los medios de comunicación y con las comunidades locales cuando existan informes de reacciones adversas graves tras una inmunización, con objeto de disipar los temores y abordar la indecisión ante las vacunas.

Para que se produzca el cambio, se precisará la participación de los individuos, las familias y las comunidades en la formulación e implementación de todas las estrategias de generación de demanda. Asimismo, se tendrá que contar con nuevos defensores más fuertes en el seno de la comunidad, que tengan el conocimiento local, la credibilidad y la experiencia de primera línea necesarios para impulsar el cambio. La participación de las organizaciones nacionales de la sociedad civil será esencial para llevar a cabo actividades eficaces de promoción y debería ser respaldada por una labor de capacitación. Una vez más, una labor que promueva la colaboración entre los encargados de recabar datos probatorios y los que los han de utilizar, facilitaría una formación a los partidarios de la vacunación y el enlace con las redes sociales y profesionales locales, que son una fuente importante de defensores de la inmunización. Ello será particularmente necesario cuando los programas nacionales de inmunización tengan en cuenta la totalidad del ciclo vital.

Los defensores actuales deben incorporar nuevas voces; estas podrían ser de educadores, líderes religiosos y personalidades sociales, así como los medios de comunicación tradicionales, médicos de familia, profesionales de la salud de la comunidad y partidarios de la inmunización. Los investigadores y expertos también desempeñarán un papel importante al crear una mayor concienciación en la comunidad y proporcionar respuestas convincentes a la desinformación sobre inmunización.

La generación de demanda individual y comunitaria reforzará el compromiso del país con las vacunas y la inmunización ([objetivo estratégico 1](#)). Las actividades para generar esta demanda deberían realizarse dentro de un movimiento más amplio, con objeto de apoyar a las personas que piden a sus gobiernos y a los sectores privados que rindan cuentas en materia de acceso a los servicios de salud.



**Si bien está aún pendiente un análisis más riguroso del efecto de las recompensas económicas basadas en los resultados, datos preliminares parecen indicar que dan lugar a un creciente número de niños vacunados**

**CUADRO 3: RESUMEN DE LAS ACCIONES RECOMENDADAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO ESTRATÉGICO 2**  
**LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES COMPRENDEN EL VALOR DE LAS VACUNAS Y EXIGEN LA INMUNIZACIÓN**  
**COMO UN DERECHO Y UNA RESPONSABILIDAD.**



**Implicar a personas y comunidades en los beneficios de la inmunización y escuchar sus inquietudes.**

**PARTICIPAR** en un diálogo que transmita información y responda a las preocupaciones y los temores de la gente.

**UTILIZAR** las herramientas de los medios de comunicación sociales y las lecciones extraídas de las labores de marketing comercial y social.

**APROVECHAR** las nuevas tecnologías móviles y las basadas en internet.

**INCLUIR** la inmunización en los programas de educación básica.

**LLEVAR** a cabo una investigación sobre las comunicaciones.

**Crear incentivos para estimular la demanda.**

**CREAR** incentivos en materia de inmunización para las familias y los profesionales de la salud, respetando la autonomía de los beneficiarios (por ejemplo, transferencias de efectivo o en especie, agrupación de servicios, reconocimiento de los medios de comunicación).

**LLEVAR** a cabo investigaciones sociales para mejorar la prestación de servicios de inmunización y la capacidad de satisfacer las necesidades de comunidades diversas.

**Crear una capacidad de defensa.**

**INCORPORAR** nuevas voces, incluyendo (entre otros) a educadores, líderes religiosos, personalidades sociales y de los medios de comunicación tradicionales, médicos de familia, profesionales de la salud de la comunidad y partidarios de la inmunización.

**FORMAR** a los profesionales de la salud en técnicas de comunicación efectiva, especialmente para abordar los recelos ante las vacunas y responder ante informes de reacciones adversas graves tras una inmunización, con objeto de mantener la confianza y disipar los temores.

**INCORPORAR**, capacitar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil del país para que promuevan el valor de las vacunas ante las comunidades locales y ante las instancias decisorias así como en los medios de comunicación locales y mundiales.

**CREAR** planes de promoción nacionales o regionales que impliquen a las organizaciones de la sociedad civil del país.

**VINCULAR** las labores de promoción mundiales, nacionales y comunitarias con redes profesionales y académicas.



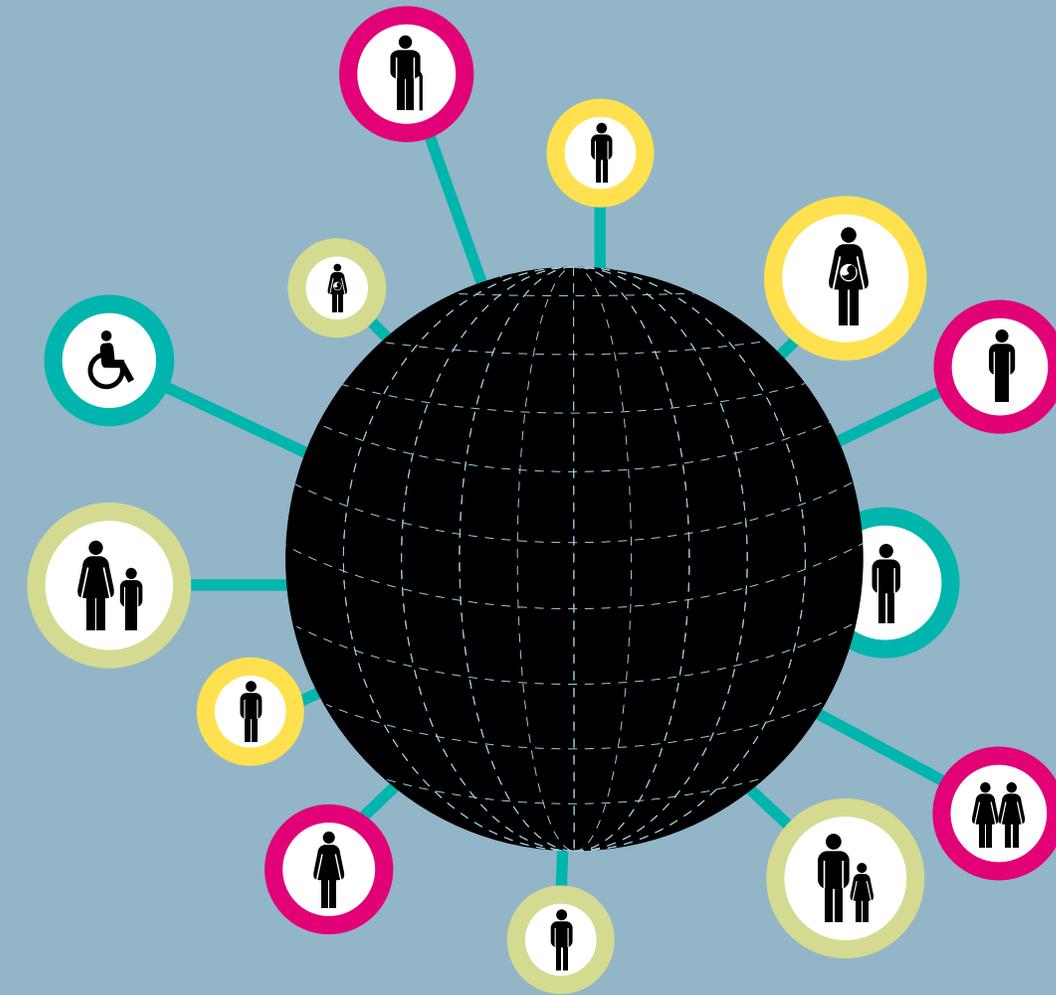
# Objetivo estratégico

# 3

Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas.

Hoy en día, cuatro de cada cinco niños reciben, como mínimo, un conjunto básico de vacunas durante la infancia y, por lo tanto, pueden llevar vidas más saludables y productivas. Desgraciadamente, esto significa que uno de cada cinco niños no ha sido vacunado. Durante este decenio, los beneficios de la inmunización deberían extenderse de modo más equitativo a todos los niños, adolescentes y adultos. Conseguir este objetivo significa que todas las personas puedan optar a la inmunización con todas las vacunas indicadas, sin importar su ubicación geográfica, edad, sexo, discapacidad, grado educativo, nivel socioeconómico, grupo étnico o condición laboral, alcanzando de ese modo a las poblaciones desatendidas y reduciendo las disparidades en inmunización tanto dentro de un mismo país como entre países. Puesto que la carga de enfermedad tiende a concentrarse de forma desproporcionada en las poblaciones más marginadas, alcanzar a más personas no sólo aportará un mayor grado de equidad, sino que también conseguirá tener un mayor impacto en la salud y contribuirá al desarrollo económico. Por otra parte, no se podrá cumplir con los objetivos de erradicación y eliminación de enfermedades sin lograr y mantener una cobertura alta y equitativa.

En 2002, la OMS, el UNICEF y otros asociados introdujeron el concepto de «llegar a todos los distritos», que fue el primer paso hacia una cobertura más equitativa. Esta estrategia permitió ampliar la prestación de los servicios de inmunización gracias a sus diversos componentes operacionales, entre los cuales, el restablecimiento de los servicios periféricos, una supervisión de apoyo, el compromiso con las comunidades, la vigilancia y utilización de datos y la planificación de distritos y gestión de recursos. De modo similar, las iniciativas encaminadas a la erradicación y eliminación de enfermedades o a la rápida reducción de la mortalidad han aplicado estrategias tales como el día nacional o regional de inmunización (para la erradicación de la poliomielitis) y actividades complementarias de inmunización



**Conseguir este objetivo significa que todas las personas puedan optar a la inmunización con todas las vacunas indicadas, sin importar su ubicación geográfica, edad, sexo, discapacidad, grado educativo, nivel socioeconómico, grupo étnico o condición laboral**

(para la eliminación del sarampión y la rubeola, la reducción de la mortalidad por sarampión y la eliminación del tétanos neonatal). Más recientemente, se han utilizado estrategias denominadas en su conjunto como intensificación periódica de las actividades de inmunización sistemática, integrándolas con otras intervenciones de atención primaria de salud, para llegar a aquellos a quienes todavía no habían sido inmunizados.

Incluso estas estrategias siguen dejando excluidas a algunas poblaciones, por ejemplo a las que viven al margen de las estructuras sociales y gubernamentales tradicionales. Para conservar los logros de estos esfuerzos históricos y conseguir y mantener los objetivos de control de enfermedades, el enfoque estratégico consistente en «llegar a todos los distritos» debería reformularse como «llegar a todas las comunidades». A fin de lograr una cobertura más equitativa, el concepto de comunidad debe ampliarse e ir más allá de las comunidades definidas geográficamente. Llegar a todas las comunidades implicaría el propósito de abarcar a todas las personas que deban vacunarse, incluso a aquellos que estén fuera del ámbito de influencia habitual del gobierno.

Para llegar a todas las comunidades será necesario comprender los obstáculos de acceso y de utilización de la inmunización, identificar a los más necesitados y determinar microplanos a escala de distrito y de comunidad para superar dichos obstáculos. La rápida expansión de las tecnologías de la información debe aprovecharse para establecer registros de inmunización y bases de datos electrónicas que permitan verificar el estado de vacunación de cada individuo, el envío de los oportunos recordatorios cuando deba aplicarse la inmunización y para facilitar el acceso a los datos con objeto de emprender acciones basándose en la información científica disponible. La introducción de números de identificación únicos podría ser un catalizador para el establecimiento de dichos sistemas.

Basándose en los buenos resultados conseguidos con las campañas de vacunación contra la poliomielitis, debería aplicarse una planificación y extensión descentralizadas para alcanzar poblaciones alejadas, nómadas o históricamente marginadas. También se necesitarán nuevas estrategias para llegar a las poblaciones urbanas pobres y a los migrantes urbanos. Teniendo en cuenta la debilidad y los cambios de las estructuras comunitarias, la seguridad deficiente y sobre todo el hecho de que, en ocasiones, la fuerza más unificadora en estas áreas urbanas y periféricas de las ciudades es la desconfianza compartida y profunda hacia los extranjeros, especialmente en el caso de los gobiernos, los nuevos enfoques de acercamiento a la comunidad serán especialmente importantes para alcanzar esos grupos.

**El enfoque estratégico consistente en «llegar a todos los distritos» debería reformularse como «llegar a todas las comunidades»**



La aplicación de estrategias para llegar a todas las poblaciones desatendidas requerirá un compromiso con los sectores no gubernamentales, en particular con las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, y tendrán que abarcar todos los aspectos de la inmunización, entre los cuales, la promoción, la movilización social, la prestación de servicios y el desempeño de programas de supervisión. Para apoyar estas colaboraciones, los gobiernos deberían asignar mayores recursos a las comunidades desatendidas y garantizar que los programas dispongan de personal suficiente y capacitado para ejecutar las estrategias de manera eficaz. Serán esenciales las alianzas entre los sectores gubernamentales (por ejemplo, con las instituciones educativas) y la coordinación con programas centrados en las poblaciones vulnerables. Además, no se deberá cejar en el esfuerzo de proporcionar servicios de inmunización de gran calidad a todos los niños, para no perder lo obtenido hasta el momento.

Existen otras dimensiones de la equidad que merecen ser consideradas durante el Decenio de las Vacunas (2011–2020), en particular las disparidades entre los países, la vacunación de adolescentes y adultos y la inmunización durante las emergencias.

Históricamente, han sido necesarios decenios antes de que las nuevas vacunas utilizadas en países con ingresos altos estuvieran disponibles en países con ingresos medianos y bajos. Se están adoptando medidas para hacer frente a esta desigualdad, entre las cuales la introducción de nuevas vacunas mediante el apoyo proporcionado por la Alianza GAVI. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para conservar y ampliar estos logros, en especial en los países con ingresos medianos.

Asimismo, se debe adoptar el concepto de «ciclo vital» para conseguir que los beneficios de la inmunización estén al alcance de todos aquellos que estén en riesgo, sea cual sea su grupo de edad. A medida que se va consiguiendo controlar las enfermedades mediante la vacunación infantil, se va también reconociendo cada vez más la necesidad de aumentar la inmunidad para mantener y ampliar esos logros. Además, las vacunas nuevas y existentes que son beneficiosas para los niños en edad escolar, los adolescentes y los adultos en situación de riesgo especial, tales como los profesionales de la salud, los individuos inmunodeprimidos, los cuidadores de animales y los ancianos (por ejemplo, vacunas contra el virus del papiloma humano, la gripe y la rabia) están ahora disponibles y se utilizan cada vez más. El éxito de la eliminación del tétanos materno y neonatal, y los beneficios tanto para las mujeres como para los niños de la vacunación contra la gripe durante el embarazo, ha aumentado el interés por explorar el desarrollo de otras vacunas que podrían utilizarse durante el embarazo (por ejemplo, las vacunas contra estreptococos del grupo B, o el virus sincitial respiratorio). Ello implica la creación de estrategias para llegar a las personas a lo largo de su ciclo vital, y elaborar planes para los sistemas que supervisarán y realizarán el seguimiento de los avances.

De igual modo, se necesitan planes para garantizar el acceso a la inmunización durante las crisis humanitarias, los brotes y en zonas de conflicto. Dichos planes deberán centrarse en la comunicación e incluir disposiciones relativas a la creación de reservas de vacunas.



### La creación de estrategias para llegar a las personas a lo largo de su ciclo vital

Para disponer de la información necesaria a la hora de diseñar y comprobar la eficacia de todas estas estrategias de suministro se tienen que realizar investigaciones sociales y operacionales. Las áreas en que deben centrarse esencialmente dichas investigaciones deberían ser, entre otras, la identificación de las causas de una baja cobertura en áreas y comunidades concretas, el examen de las barreras económicas frente a la inmunización, el conocimiento de los mejores enfoques para llegar a individuos de distintas edades y la evaluación de los incentivos que puedan funcionar mejor para alcanzar a los diversos grupos.



#### CUADRO 4: RESUMEN DE LAS ACCIONES RECOMENDADAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO ESTRATÉGICO 3 LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN SE DISTRIBUYEN DE FORMA EQUITATIVA A TODAS LAS PERSONAS.

**Formular e implantar nuevas estrategias para abordar las desigualdades.**

**CAMBIAR** el concepto de «llegar a todos los distritos» por el de «llegar a todas las comunidades» para así abordar las desigualdades dentro de los distritos.

**CONTAR** con la participación de los grupos desatendidos y marginados para formular estrategias orientadas y adaptadas localmente destinadas a reducir las desigualdades.

**INTRODUCIR** nuevas vacunas apropiadas en los programas nacionales de inmunización. (Véase también el [objetivo 5](#)).

**ADOPTAR** un concepto de ciclo vital para planificar e implantar actividades de inmunización, incluyendo nuevas estrategias para garantizar la equidad a lo largo de toda la vida.

**EVITAR** las enfermedades prevenibles mediante vacunación y responder a las mismas durante los brotes de enfermedades, las crisis humanitarias y en zonas de conflicto.

**Crear una base de conocimientos e impartir capacitación para permitir un suministro equitativo.**

**REALIZAR** un seguimiento del estado de inmunización de cada individuo, aprovechando los registros de inmunización, las bases de datos electrónicas y los sistemas de números de identificación nacional.

**APROVECHAR** las estructuras de la comunidad para mejorar la comunicación y suministrar servicios (por ejemplo, comadronas tradicionales, registros de nacimiento).

**FOMENTAR** la participación de las organizaciones de la sociedad civil en las actividades de divulgación y planificación.

**CONCEBIR** nuevos enfoques para que se implique a la comunidad en las áreas urbanas y periféricas a las ciudades.

**FORMAR** a los profesionales de la salud y a las organizaciones de la sociedad civil sobre cómo involucrar a las comunidades, identificar a las personas influyentes que puedan ayudar en la planificación, organizar y mantener los programas de salud e inmunización, determinar las necesidades de la comunidad y trabajar con las comunidades para satisfacer esas necesidades.

**LLEVAR** a cabo investigaciones operacionales y sociales para identificar estrategias que permitan reducir las desigualdades y mejorar la calidad y la prestación de los servicios de inmunización.

# Objetivo estratégico

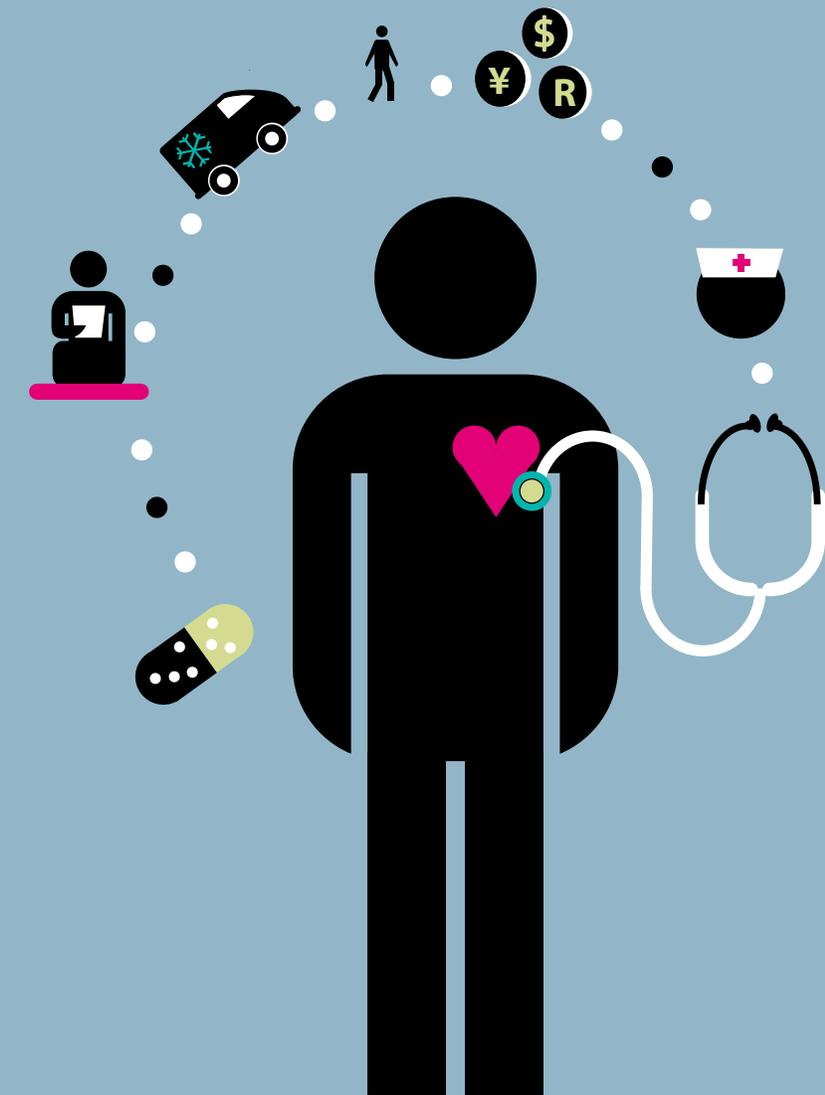
# 4

Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.

El que los programas nacionales de inmunización tengan resultados satisfactorios en materia de introducción de nuevas vacunas, logro de objetivos relacionados con la calidad, equidad y cobertura, y sostenibilidad financiera, depende de que el sistema sanitario funcione correctamente. La diversidad de componentes interconectados de los sistemas de inmunización requiere una atención multidisciplinaria para elaborar un programa coherente, no fragmentado y eficiente que coordine otros programas de atención sanitaria primaria y trabaje en sinergia con los mismos.

Los sistemas sanitarios abarcan una amplia gama de funciones, desde la política y la regulación hasta la información y los sistemas de cadenas de suministro, los recursos humanos y la gestión y financiación global del programa. Estos sistemas incluyen tanto el sector público como el privado, y en algunos países el sector privado desempeña un papel valioso en la educación de las familias sobre la necesidad y los beneficios de la vacunación, así como en la prestación de asistencia sanitaria. Algunas de estas funciones se han abordado en otras secciones de este documento. El presente apartado trata de las acciones necesarias para fomentar una mayor coordinación entre los programas de inmunización y otros programas, dentro de los sistemas sanitarios y para reforzar la información, recursos humanos, cadena de suministro y componentes logísticos de los sistemas sanitarios.

La prestación de servicios de inmunización debe seguir brindando una plataforma para facilitar otras intervenciones prioritarias de salud pública, tales como la administración de vitamina A, la lucha contra las parasitosis y la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, entre otras. Asimismo, otros programas prioritarios deberían también servir de plataforma para ofrecer inmunización.



**La prestación de servicios de inmunización debe seguir brindando una plataforma para facilitar otras intervenciones prioritarias de salud pública**



Todos los contactos con el sector de la salud deberían utilizarse como una oportunidad para verificar el estado de inmunización y proporcionarla cuando proceda. Además, es importante que, a medida que estén disponibles nuevas vacunas contra algunos de los agentes patógenos causantes de patologías como la neumonía, la diarrea y el cáncer cervicouterino, se aproveche su introducción para extender el suministro de intervenciones complementarias. Por ejemplo, las vacunas contra el neumococo y el rotavirus deben complementarse con otras medidas para proteger, prevenir y tratar las enfermedades respiratorias y diarreicas relacionadas.

La implantación de nuevas vacunas debería por lo tanto ir acompañada de planes integrales de control de enfermedades, tanto a nivel nacional como mundial. La coordinación de la inmunización con otros servicios debería llevarse a cabo a todos los niveles de los programas de un país, implicar actividades de divulgación y participación por parte de los centros sanitarios, y formar parte de la gestión del programa. La coordinación de la inmunización con programas integrados de atención primaria de salud también puede facilitar los esfuerzos de movilización social, ayudando a generar una demanda de servicios por parte de la comunidad ([objetivo estratégico 2](#)) y abordar la desigualdad ([objetivo estratégico 3](#)). Deberían además realizarse esfuerzos para garantizar que los programas mundiales de vacunación centrados en los objetivos de erradicación y eliminación (por ejemplo, las campañas contra la poliomielitis y el sarampión) no operen de forma aislada. La elección de los mecanismos para fomentar una mayor interacción y coordinación entre los distintos programas deberían realizarla los países, en función de su contexto local. Las sinergias y la eficiencia que resulten de la integración y coordinación serán particularmente beneficiosas para los países con sistemas sanitarios frágiles.

### La coordinación de la inmunización con programas integrados de atención primaria de salud también puede facilitar los esfuerzos de movilización social

El acceso a una información oportuna de alta calidad es fundamental para el buen funcionamiento de la inmunización. En esta información crítica figuran los indicadores de procesos que permiten al programa supervisar su desempeño y aplicar acciones correctivas, y los indicadores de resultados que miden el impacto del programa. Los indicadores de resultados y efectos deben analizarse junto con los gastos para identificar los estrangulamientos y las mejores prácticas con el fin de evaluar la eficacia general del programa (valor por dinero). Los sistemas de información de la inmunización deben estar vinculados a sistemas de información sanitarios más amplios pero, al mismo tiempo, ser de fácil acceso y satisfacer las necesidades del programa de inmunización.

Para garantizar la efectividad del Programa Ampliado de Inmunización se ha llevado a cabo un seguimiento de la cobertura de inmunización y de las tasas de abandono desde el inicio del mismo. Si bien en los últimos años la calidad y la puntualidad de la información de datos han aumentado, en muchos países la calidad de los datos administrativos sobre la cobertura sigue siendo inadecuada. Además, la utilización de datos para aplicar medidas correctivas a escala de distrito y de comunidad es todavía deficiente. Los nuevos enfoques para el seguimiento de la inmunización mediante números de identificación únicos (comentados en el [objetivo estratégico 3](#)) pueden mejorar la calidad de los datos sobre la cobertura de la inmunización y facilitar la elaboración de registros integrales de inmunización. Para llevar a cabo estas tareas y facilitar el intercambio de datos se pueden aprovechar las nuevas tecnologías, en particular los dispositivos de comunicación portátiles y los teléfonos móviles. Armados con datos de mayor calidad y herramientas nuevas de análisis de datos, los gestores del programa, a todos los niveles administrativos, pueden utilizar la información para mejorar el funcionamiento del programa, repartir los fondos adecuadamente y seguir el avance de manera más eficaz.

La vigilancia de las enfermedades es esencial para aportar datos en los que se fundamenten las decisiones sobre la adopción de nuevas vacunas y la aplicación de estrategias en los respectivos programas nacionales, para supervisar el impacto de la inmunización y los cambios en la epidemiología de las enfermedades y para apoyar el uso continuado de vacunas. La solidez de los datos epidemiológicos también será crucial para comprender la eficacia de las vacunas y orientar las prioridades de la comunidad de investigación y desarrollo, así como para ayudar a identificar las áreas en las que se tienen que reforzar las actividades de investigación y desarrollo ([objetivo estratégico 6](#)). Las plataformas de vigilancia de enfermedades deben consolidarse para mejorar la calidad y el intercambio de información. Esto significa, entre otras cosas, reforzar la capacidad de laboratorio para la confirmación microbiológica del diagnóstico y del seguimiento de la propagación de enfermedades mediante técnicas de tipificación molecular.



En raras ocasiones, la salud de las personas vacunadas puede sufrir una reacción adversa. Más frecuentemente, puede ocurrir que eventos de salud coincidan con el periodo que sigue a la inmunización y que estos se atribuyan, erróneamente, a las vacunas. En ambos casos es muy importante detectar y analizar con rapidez los eventos adversos graves tras la vacunación. Con el fin de ayudar a los países con ingresos bajos y medianos a manejar estas importantes cuestiones, la OMS y sus asociados han puesto en marcha el Global Vaccine Safety Blueprint [Plan Mundial para la Seguridad de las Vacunas]. Este plan estratégico se propone brindar ayuda a los países con ingresos bajos y medianos para que tengan al menos la capacidad mínima de llevar a cabo actividades de seguridad de las vacunas y a los países que introduzcan vacunas recientemente desarrolladas o en lugares con características nuevas o que fabriquen y utilicen vacunas precalificadas para mejorar su capacidad de evaluar la seguridad de las mismas, así como para establecer una estructura que apoye la seguridad de las vacunas a escala mundial. La aplicación de las estrategias del plan para crear capacidad de vigilancia de la seguridad durante el Decenio de las Vacunas (2011–2020) garantizará que la inmunización sea lo más segura posible en todos los lugares, y que las preocupaciones por la seguridad no sean una causa de indecisión en el uso de la vacunación.

**Garantizar que la inmunización sea lo más segura posible en todos los lugares, y que las preocupaciones por la seguridad no sean una causa de indecisión en el uso de la vacunación**

Con la creciente complejidad de los programas de inmunización y los nuevos y ambiciosos objetivos, se tendría que contar con un mayor número de profesionales de la salud capacitados que puedan manejar una mayor carga de trabajo. Esto incluye a aquellos que gestionan los programas a escala nacional y territorial, así como a los profesionales de primera línea que ofrecen servicios a las comunidades e interactúan directamente con las mismas. Los administradores de los programas han de poseer conocimientos técnicos sobre vacunas e inmunización, así como habilidades de gestión. Los profesionales de la salud de primera línea que no sólo prestan servicios de vacunación sino también de atención primaria de salud y de educación en materia de salud, necesitan recibir, previamente y durante el servicio, una formación coordinada, integral y muy práctica con planes de estudio pertinentes y actualizados y supervisión después de la capacitación. Estos profesionales no sólo deben explicar por qué es importante la inmunización sino que también deben aconsejar a las personas y comunidades en materia de nutrición, creación de un entorno más saludable, y reconocimiento de señales de peligro cuando alguien enferma. Los programas de inmunización deben asegurar que dicha formación y supervisión se extienda de manera efectiva al personal de salud de la comunidad. Las organizaciones de la sociedad civil deben colaborar en la capacitación y coordinación de estos trabajadores.

Los profesionales de la salud sólo pueden trabajar eficazmente si disponen de recursos suficientes (vacunas, suplementos, medicamentos) en el momento de necesitarlos. La profusión de nuevas vacunas ha desbordado la capacidad del sistema actual de la cadena de frío en muchos países. Así pues, las cadenas de suministro y los sistemas de gestión de residuos deben ampliarse urgentemente y ser más eficientes y fiables. Deben diseñarse para maximizar su eficacia y celeridad. También han de tener en cuenta y esforzarse en minimizar el impacto medioambiental de la energía, los materiales y procesos empleados en la inmunización, tanto a escala nacional como mundial. La disponibilidad de las nuevas tecnologías ofrece la oportunidad de innovar, no sólo para mejorar la gestión de las cadenas de suministro de inmunización, sino también para incrementar sinergias con otros sectores y sistemas de suministro de otras intervenciones de salud. Otra área potencial de innovación es la relacionada con el conocimiento de las lecciones extraídas de las prácticas del sector privado, la gestión de cadenas de suministro y la identificación de tareas que podrían subcontratarse a empresas del sector privado para obtener una mayor eficacia.



**La disponibilidad de las nuevas tecnologías ofrece la oportunidad de innovar**



### Los trabajadores de la salud de primera línea necesitan formación comprensible y muy práctica antes y durante su servicio

Es esencial asegurar unos sistemas de suministro de inmunización dotados con un número adecuado de profesionales competentes, motivados y capacitados a todos los niveles. De igual modo, las mejoras de los sistemas de información sanitaria deben también facilitar un apoyo para la gestión de las actividades y recursos de inmunización, ayudando al personal a garantizar que la cantidad adecuada de vacunas para satisfacer la demanda siempre esté disponible. Se deben invertir esfuerzos en la consolidación de las cadenas de suministro de manera que beneficien tanto a los programas de inmunización como a las actividades nacionales relacionadas con la salud en un sentido más amplio.

La concepción de enfoques integrales sólidos y más eficientes para el control de enfermedades e inmunización requerirá que los ministerios de salud tomen la iniciativa de consolidar y coordinar los programas de inmunización y los sistemas sanitarios de manera más amplia, entre otros, implicando a las organizaciones de la sociedad civil, al sector académico y a los médicos del sector privado. Pueden apoyarse en los conocimientos del mundo académico para crear y difundir nuevas herramientas y conceptos de la prestación de servicios. Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir al desarrollo de programas integrados, de manera que se ajusten a las realidades locales e incorporen recursos humanos que pertenezcan a la comunidad. En último término, al demandar servicios integrados, las comunidades pueden pedir que sus gobiernos respectivos rindan cuentas. Las organizaciones regionales y mundiales pueden también ayudar, asegurando un intercambio de datos y de prácticas óptimas en el interior del país y entre países, y que los programas nacionales tengan acceso a herramientas analíticas. Los asociados para el desarrollo pueden proporcionar recursos financieros adicionales, cuando sea necesario.



### CUADRO 5: RESUMEN DE LAS ACCIONES RECOMENDADAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO ESTRATÉGICO 4 SISTEMAS DE INMUNIZACIÓN ROBUSTOS QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DE UN SISTEMA DE SALUD QUE FUNCIONE CORRECTAMENTE.

#### Elaborar conceptos integrales y coordinados.

**GARANTIZAR** que los programas mundiales de vacunación centrados en los objetivos de erradicación y eliminación (por ejemplo, las campañas contra la poliomielitis y el sarampión) se incorporen a programas de inmunización nacional y no operen de forma independiente.

**GARANTIZAR** que la distribución de nuevas vacunas vaya acompañada de planes integrales para controlar las enfermedades objetivo.

**ASEGURAR** la coordinación entre los sectores público y privado para la introducción de nuevas vacunas, la notificación de enfermedades prevenibles mediante vacunación y la administración de las vacunas, así como para garantizar la calidad de la vacunación en los sectores público y privado.

**CONSIDERAR** la posibilidad de incluir las vacunas (según corresponda a las prioridades nacionales) en los programas de salud a lo largo de todo el ciclo vital.

#### Reforzar los sistemas de seguimiento y vigilancia.

**MEJORAR** la calidad de todos los datos administrativos de la inmunización y promover su análisis y utilización a

todos los niveles administrativos para mejorar el funcionamiento del programa.

**FOMENTAR** y promover el uso de nuevas tecnologías para recopilar, transmitir y analizar los datos de inmunización.

**SEGUIR** consolidando y ampliando los sistemas de vigilancia de las enfermedades para generar información destinada a la toma de decisiones, comprobar el impacto de la inmunización en la morbilidad y la mortalidad y los cambios en la epidemiología de las enfermedades.

**GARANTIZAR** la capacidad de las actividades relacionadas con la seguridad de las vacunas, en particular las competencias a la hora de recopilar e interpretar los datos de seguridad, e insistiendo aún más en ese punto en el caso de los países que introduzcan vacunas recién desarrolladas.

#### Consolidar la capacidad de los administradores y de los profesionales de primera línea.

**ASEGURAR** que la inmunización y otros programas de atención primaria de salud dispongan de los recursos humanos adecuados para planificar y ofrecer servicios previsibles de calidad aceptable.

**ELEVAR** el grado de formación de los recursos humanos antes, durante y después de su servicio y elaborar nuevos planes de estudios pertinentes que aborden la inmunización como un componente del control integral de enfermedades.

**PROMOVER** la formación y supervisión coordinadas de los profesionales de la salud comunitarios.

#### Reforzar la infraestructura y la logística.

**INNOVAR** con objeto de mejorar la capacidad de la cadena de frío y la logística, así como la gestión de desechos.

**MINIMIZAR** el impacto medioambiental de la energía, los materiales y procesos empleados en los sistemas de suministro de la inmunización, tanto a escala nacional como mundial.

**DOTAR** a los sistemas de suministro con un número adecuado de profesionales competentes, motivados y capacitados en todos los niveles.

**ESTABLECER** sistemas de información que ayuden al personal a realizar un seguimiento preciso de los suministros disponibles.

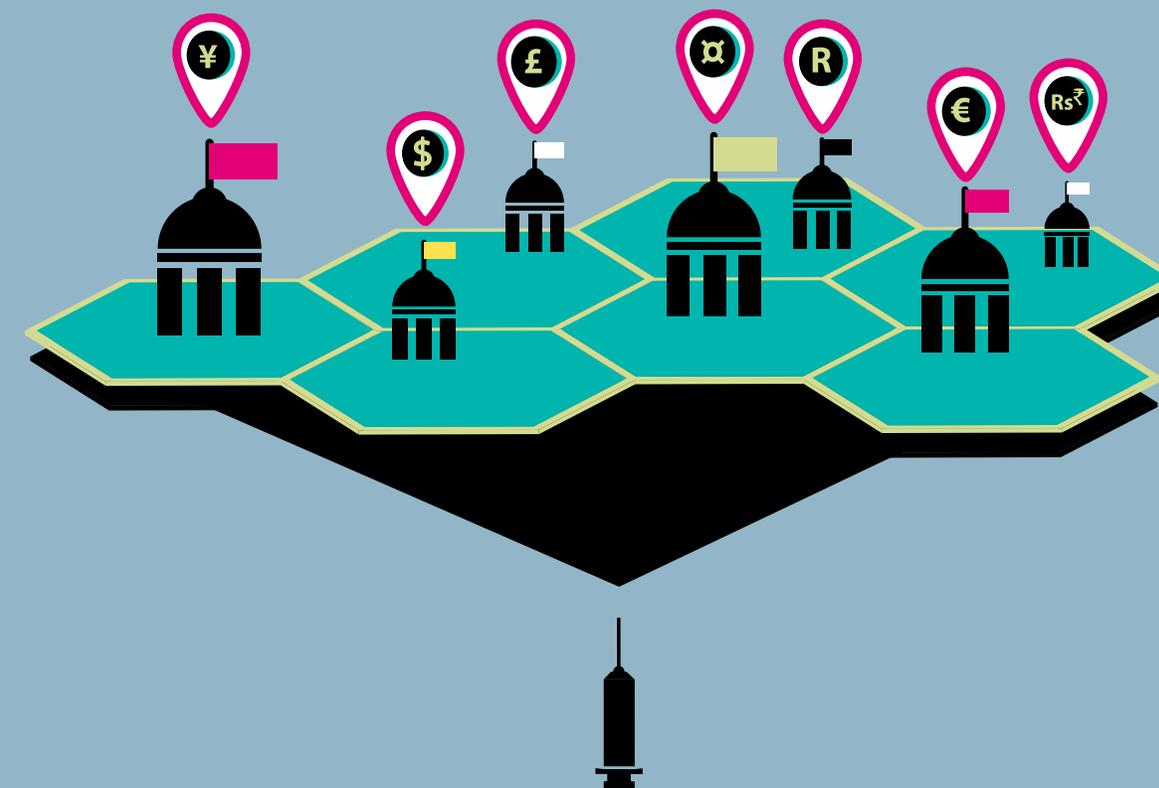
# Objetivo estratégico

# 5

Programas de inmunización que cuenten con un acceso sostenible a una financiación previsible, suministro de calidad y tecnologías innovadoras.

Para cumplir con los objetivos del Decenio de las Vacunas (2011–2020), tanto los países como los asociados para el desarrollo deben tomar disposiciones, a escala nacional y mundial, destinadas a aumentar la cantidad total de fondos disponibles para la inmunización. Cada nación tiene que asegurar la sostenibilidad financiera de sus programas nacionales de inmunización mediante una evaluación periódica de las necesidades de recursos, una prestación de servicios eficiente, disponibilidad de financiación interna adecuada, y movilización de recursos aportados por asociados para el desarrollo que permitan subsanar los déficits de financiación. Asimismo, los gobiernos deben investigar con el fin de hallar mecanismos alternativos e innovadores para financiar la salud y la inmunización. Entre otras estrategias, algunos países han establecido fondos fiduciarios, o utilizan ingresos fiscales específicos. Es además importante ver más allá de los presupuestos y de los gastos. Los gobiernos pueden mejorar el acceso a las vacunas y prevenir la escasez de las mismas, de equipos de vacunación o de profesionales de la salud, asegurando que los fondos presupuestados se desembolsen de forma continua y oportuna, respondiendo así a las necesidades de los programas.

Si bien los gobiernos son los principales responsables de financiar los servicios de inmunización, los asociados para el desarrollo también deben apoyar las estrategias nacionales mediante una financiación a largo plazo más previsible, y estudiando alternativas para una nueva generación de mecanismos de financiación innovadores. Cabe señalar que la financiación de la inmunización es una responsabilidad mutua entre los países y sus asociados para el desarrollo. Un posible enfoque consiste en llevar a cabo un seguimiento anual de los recursos destinados a financiar la inmunización, procedentes de asociados y de gobiernos por igual.



**Las acciones deben de ser tomadas por los países y al nivel internacional para aumentar los recursos disponibles para la inmunización**



**En todas estas intervenciones, la garantía de la calidad de las vacunas es un factor clave esencial aunque a menudo subestimado**

Tanto en el caso de los países como en el de los asociados para el desarrollo, la defensa de las vacunas y los esfuerzos políticos que se basen en pruebas científicas deben centrarse en lograr renovar los compromisos de financiación que se hayan adquirido en el pasado.

Es también preciso mejorar la asignación y rendición de cuentas, así como la sostenibilidad de la financiación. Se garantizará que los fondos se destinen a las necesidades más urgentes del país mediante la coordinación del apoyo financiero de los asociados para el desarrollo y de otras fuentes externas orientadas a prioridades del presupuesto nacional. Se deberían revisar periódicamente las estrategias de asignación de fondos para confirmar que estén cumpliendo tan pronto y tan efectivamente como sea posible con objetivos tales como la erradicación y eliminación de las enfermedades. Se tendrían que establecer ciclos de retroinformación para ir mejorando la sostenibilidad, los resultados y el impacto del programa. Una de las posibles metodologías que se podría estudiar es un sistema de financiación de pago por desempeño. No obstante, las ventajas de este enfoque se tendrían que sopesar frente a la importancia de garantizar la previsibilidad de la financiación, los riesgos de la creación de incentivos perversos y la necesidad de datos de gran calidad para aplicar ese plan. Ello significaría relacionar la distribución de fondos internacionales, nacionales y locales con índices concretos de desempeño y aprovechar los resultados de estas valoraciones para promover el mejoramiento del programa.

Es necesario encontrar mecanismos innovadores que alivien la presión financiera y sirvan de apoyo para desarrollar y mejorar las vacunas, tanto las actuales como las nuevas. Estas innovaciones son particularmente importantes para los países de renta media-baja que no cuentan con la asistencia de los mecanismos de precios y adquisiciones de la OPS, el UNICEF o la Alianza GAVI. Entre los mecanismos por estudiar figuran nuevos enfoques tales como aplicar precios diferenciales para fijar niveles de precios, y métodos de negociación y compras mancomunadas para los países con ingresos medianos bajos. Actualmente, existen modelos de compras mancomunadas tanto en el caso de los mercados farmacéuticos como en el de las vacunas. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS es un ejemplo de mecanismos de compra mancomunada y créditos a corto plazo. Tanto este modelo como otros podrían examinarse y modificarse para adaptarse mejor a las necesidades de los países con ingresos medianos bajos y de cada mercado de vacunas en particular.

La provisión de una financiación sostenible a largo plazo sería un incentivo para los fabricantes y, por lo tanto, reforzaría la seguridad del suministro. Es además necesario contar con la intervención de los proveedores. Un porcentaje cada vez mayor de las vacunas con precios asequibles que se utilizan para inmunizar a la población mundial se fabrican en países con ingresos medianos y medianos bajos.

En el próximo decenio, estos países no solamente deberán garantizar la calidad, seguridad y eficacia de las vacunas utilizadas en su territorio nacional, sino que tendrán una obligación cada vez mayor de proteger y mejorar la seguridad de las iniciativas mundiales de inmunización. Las intervenciones potenciales de los proveedores para garantizar la calidad, seguridad y eficacia consisten, entre otras, en identificar y difundir prácticas óptimas para la fabricación y el control de la calidad, invirtiendo en capacidad en materia de investigación y desarrollo, emprendiendo transferencias de tecnología y estableciendo acuerdos de codesarrollo.

En todas estas intervenciones, la garantía de la calidad de las vacunas es un factor clave esencial aunque a menudo subestimado. Esta garantía de buena calidad depende fundamentalmente de una normalización efectiva que asegure que cada vacuna es un producto que se pueda fabricar sistemáticamente y que además permita a varios fabricantes elaborar productos similares con la misma calidad. Ya existen procedimientos normativos para lograr normas mundiales armonizadas en materia de vacunas, entre otros, materiales biológicos de referencia internacional, pero es necesario seguir actuando para reforzar una reglamentación mundial. Además, cada país debiera mejorar su capacidad de vigilar y garantizar una



utilización segura de las vacunas, en consonancia con la estrategia definida en la iniciativa WHO Global Vaccine Safety Blueprint (tal y como se describe en el [objetivo estratégico 4](#)). Asimismo, se deberían adoptar medidas para reforzar los sistemas nacionales de reglamentación y establecer un reglamento armonizado a escala mundial para asegurar que la demanda creciente de revisiones normativas pueda manejarse efectiva y oportunamente. Esta cuestión no sólo afecta a los países con ingresos bajos y medianos involucrados en la transferencia de tecnología, sino también a los organismos de reglamentación de los países con ingresos altos en donde se han de mantener los conocimientos y los recursos. Estas intervenciones por parte de los proveedores deben basarse en modelos de negocios sólidos, diseñados por los países con el fin de garantizar el impacto de unas inversiones considerables y a largo plazo.

Para que se produzcan cambios en materia de financiación sostenible se tendrá que contar con el compromiso de los gobiernos y de los asociados para el desarrollo, así como de otros países que se vayan uniendo a la categoría de asociados para el desarrollo, con objeto de aumentar los recursos y mejorar la eficiencia del programa. Asimismo, un suministro sostenible precisará de la participación multisectorial de los gobiernos (por ejemplo, de los sectores de ciencia y tecnología, comercio, industria y salud) para crear un entorno que ayude a los proveedores a fortalecer sus capacidades. Las economías emergentes desempeñan un papel particularmente importante en ambos casos dada su alta tasa de crecimiento económico y la rápida expansión de su base de suministro.

Para reforzar el alineamiento, deberían ampliarse las actividades que llevan a cabo actualmente la División de Suministros del UNICEF y la Alianza GAVI, destinadas a mejorar la comunicación y coordinación entre países, productores de vacunas y organizaciones del sector público. Los países necesitan un foro en el que puedan comunicar de manera más clara la demanda prevista de nuevas vacunas y proporcionar orientación sobre los perfiles de productos deseados. Esta información de primera mano ofrecería a los proveedores una base más sólida para fundamentar sus decisiones sobre el desarrollo de productos y la planificación de capacidades, mitigando así los riesgos ligados al desarrollo y la distribución. Esta información contribuiría además a que asociados para el desarrollo y otras organizaciones del sector público establezcan estrategias y planes de apoyo más justificables y fiables. Asimismo, este foro podría utilizarse para que los proveedores comuniquen con precisión la posible gama de precios y el suministro a los países, en el presente y en el futuro, así como para que las naciones compartan su información y experiencia en materia de adquisición de vacunas.



**CUADRO 6: RESUMEN DE LAS ACCIONES RECOMENDADAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO ESTRATÉGICO 5 PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN QUE CUENTEN CON UN ACCESO SOSTENIBLE A UNA FINANCIACIÓN PREVISIBLE, SUMINISTRO DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS INNOVADORAS.**

Aumentar la cantidad total de fondos para la financiación.	Mejorar la asignación de fondos en países con ingresos medianos y bajos.	Garantizar la calidad del suministro.
<p><b>ESTABLECER</b> el compromiso de los gobiernos de invertir en inmunización en función de su capacidad de pago y de los beneficios esperados.</p> <p><b>CAPTAR</b> posibles nuevos asociados nacionales y asociados para el desarrollo y diversificar las fuentes de financiación.</p> <p><b>CONCEBIR</b> una nueva generación de mecanismos de financiación innovadores.</p>	<p><b>CONSOLIDAR</b> los sistemas nacionales de gestión presupuestaria y financiera para integrar mejor la planificación financiera y de asistencia sanitaria, así como el establecimiento de prioridades.</p> <p><b>COORDINAR</b> el apoyo financiero de los asociados para el desarrollo y otras fuentes externas.</p> <p><b>EVALUAR</b> y mejorar los mecanismos de ayuda financiera en base a su eficacia para alcanzar los objetivos en materia de enfermedades.</p>	<p><b>CREAR</b> redes de reguladores y proveedores y brindarles apoyo para intercambiar prácticas óptimas y mejorar las capacidades en materia de garantía y control de la calidad.</p> <p><b>CONCEBIR</b> herramientas para fortalecer la normalización mundial de los procesos reguladores de la producción.</p> <p><b>CONSOLIDAR</b> los sistemas reguladores nacionales y elaborar normativas armonizadas a nivel mundial.</p>
Aumentar la asequibilidad para países con ingresos medianos.	<p><b>BASAR</b> la financiación en la transparencia y objetividad con objeto de garantizar la sostenibilidad de los programas.</p> <p><b>PROMOVER</b> el uso de argumentos de coste y de coste-beneficio para conseguir fondos, tomar decisiones y defender la financiación de la inmunización.</p> <p><b>ESTUDIAR</b> sistemas de financiación de pago por desempeño.</p>	<p><b>FACILITAR</b> un foro en el que los países puedan comunicar la demanda prevista de vacunas y tecnología, y facilitar orientación a los productores acerca de los perfiles de los productos deseados.</p>

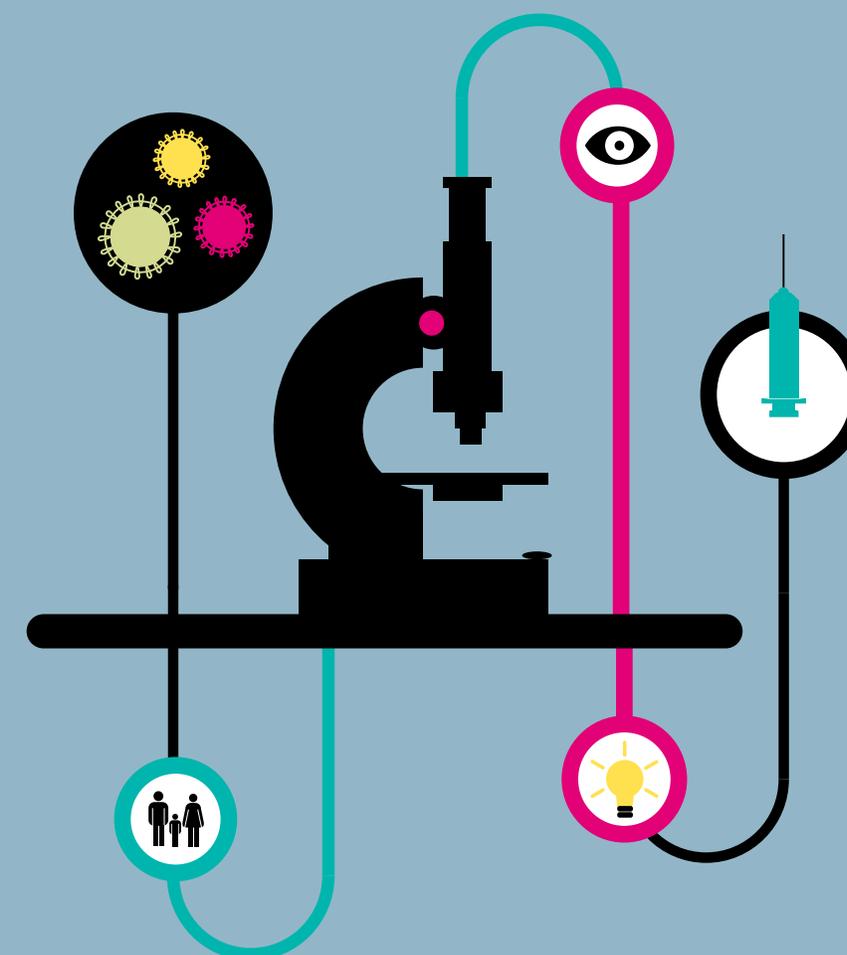
# Objetivo estratégico

# 6

Innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional, regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización.

Para el próximo decenio es necesario impulsar la definición de objetivos y la innovación en materia de investigación y desarrollo en todas las actividades de descubrimiento, creación y suministro. Los esfuerzos de innovación en investigación y desarrollo darán lugar a: 1) la identificación de mecanismos de protección y patogénesis; 2) nuevos objetivos antigénicos bien definidos para el desarrollo de nuevas vacunas; 3) progresos con tecnologías de biotransformación, formulación, producción y suministro de vacunas nuevas y mejoradas; y 4) elaboración de datos sobre carga de enfermedad y rentabilidad para la toma de decisiones en el ámbito nacional.

La OMS ha realizado un estudio detallado de priorización y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América está llevando a cabo la creación de un modelo para ayudar a los organismos responsables de la toma de decisiones a priorizar, a largo plazo, las vacunas preventivas, fundamentándose en criterios de impacto sanitario, económico, demográfico, programático y social, así como en base a oportunidades científicas, técnicas y comerciales. Los colaboradores del Decenio de las Vacunas no han emprendido un ejercicio de priorización de vacunas o enfermedades. Para complementar los esfuerzos anteriormente citados, se presenta un abanico de investigación y desarrollo en descubrimiento, desarrollo y suministro en el que los actores pueden elegir en qué invertir conforme a sus propias prioridades y percepciones con respecto al rendimiento de sus inversiones.



**La investigación es necesaria para acelerar el desarrollo, concesión de licencias y la adopción de vacunas que se encuentran actualmente en una etapa temprana de desarrollo**



En todas las actividades de investigación y desarrollo se requiere incrementar la participación de los usuarios finales y las consultas con los mismos, con objeto de garantizar que se prioricen las tecnologías e innovaciones en función de su demanda real y de su valor agregado. Se tendrán también que alcanzar nuevos acuerdos para facilitar el acceso a los conocimientos y al intercambio de tecnologías fundamentales, al tiempo que se reconocen y respetan los derechos de propiedad intelectual. Para apoyar estas actividades y maximizar su eficacia, se tendrá que contar con la participación de científicos de otras disciplinas que, en el pasado, no intervenían en la investigación para el desarrollo de vacunas (biología de sistemas, nanotecnología, biología estructural y metabólica). También corresponderá una función muy importante a ingenieros químicos y mecánicos, químicos y expertos en tecnologías de la información.

Además, para llevar a cabo la investigación y el desarrollo y, en particular, para hallar mejores métodos de efectuar la investigación operativa y evaluar los programas de inmunización, se ha de crear capacidad y desarrollar recursos humanos en los países con ingresos medianos y bajos. En varias instituciones de excelencia de muchos países de ingresos medianos y bajos se están realizando actividades de investigación y desarrollo. Esta capacidad está produciendo información autóctona y fomentando la colaboración bilateral y multilateral en ciencias básicas y en desarrollo de vacunas y puede reforzarse aún más mediante la formación entre iguales e intercambios entre países. Una mayor conexión entre los centros de investigación (desde el descubrimiento hasta los ensayos clínicos) facilitará el intercambio de ideas y generará alianzas entre las instituciones de los países con ingresos altos, medianos y bajos, de forma eficiente.

**Se tendrá que contar con la participación de científicos de otras disciplinas que, en el pasado, no intervenían en la investigación para el desarrollo de vacunas**

Los descubrimientos y la investigación básica sentarán las bases de los resultados para los futuros decenios. Para permitir el desarrollo de nuevas vacunas es necesario investigar la interacción entre el huésped y el agente patógeno. La adquisición de experiencia sobre respuestas inmunitarias innatas y adaptativas facilitará un diseño más racional de las vacunas. Reforzar los conocimientos sobre las características inmunológicas y moleculares de los microbios a través de la biología de sistemas llevará a la identificación de nuevos objetivos antigénicos para el desarrollo de vacunas y a la obtención de medios más efectivos para predecir las respuestas y los mecanismos de protección. Estudios apropiados sobre la genética del huésped y los biomarcadores ayudarán a comprender mejor las causas de las diferencias de respuesta a la vacunación o de sensibilidad a efectos adversos entre las poblaciones humanas.

Para desarrollar nuevas y mejores vacunas y tecnologías de vacunación, la comunidad dedicada a la investigación y desarrollo se beneficiará con la adopción de prácticas óptimas en la gestión de carteras y en acuerdos colectivos, entre otras cosas, identificando indicadores precoces de éxito y fracaso que aporten información para las inversiones basadas en resultados. Asimismo, la comunidad debería estudiar nuevos métodos para garantizar que las vacunas candidatas prometedoras pasen de la fase de descubrimiento a la de desarrollo, especialmente cuando los incentivos del mercado son insuficientes. Ello resulta particularmente importante en el caso de las vacunas para prevenir las enfermedades «desatendidas».



**Los mecanismos de administración sin jeringas así como las vacunas termoestables son áreas de investigación prioritarias**

Se tienen que realizar investigaciones que permitan acelerar la creación, la obtención de licencias y la incorporación de vacunas que actualmente se encuentran en sus primeras fases de desarrollo y, en particular, el desarrollo de tecnologías para producir vacunas de forma más eficaz y menos costosa. Es preciso disponer de un mayor acceso a la tecnología y a los conocimientos sobre coadyuvantes y su formulación en vacunas, con objeto de impulsar el desarrollo de vacunas nuevas y más eficaces. Los mecanismos de administración sin jeringas, y los envases de vacunas que mejor se adapten a las necesidades y limitaciones de los países, las vacunas termoestables y las nuevas tecnologías de bioprocesamiento y producción son áreas de investigación prioritarias para acelerar el desarrollo de una próxima generación de vacunas más eficaces, menos costosas y más fáciles de fabricar y distribuir.

Además, la búsqueda tenaz y la elaboración de un programa mundial de normalización para las ciencias mejorará la eficiencia de la producción, la caracterización de los productos y el diseño de los ensayos clínicos, conservando los más altos estándares de seguridad y eficacia para las vacunas. Comprender los efectos adversos, hallar la manera de evitarlos sin comprometer la eficacia conocida de un producto existente y no incurrir en costos de desarrollo, pruebas y registro de un nuevo producto son retos considerables. En este caso, los estudios en modelos animales y en sistemas in vitro que predicen mejor la seguridad y la eficacia, acortarán el plazo para desarrollar vacunas seguras y eficaces y hacerlas llegar a las comunidades. El conocimiento de los correlatos de protección y la seguridad serán de gran ayuda para conseguir la licencia y el uso de estos productos de segunda generación.

En lo referente al suministro, las áreas prioritarias para mejorar la eficiencia del programa y aumentar la cobertura y el impacto de las vacunas deberían abarcar la investigación sobre un uso eficiente de la información, utilizando tecnologías modernas de comunicación y la investigación social para comprender los determinantes culturales, económicos y organizativos de la inmunización. Los análisis económicos de la salud brindarán una orientación para la introducción y priorización de vacunas y, por lo tanto, se necesitarán estudios epidemiológicos, inmunológicos y operacionales representativos, así como estudios de impacto de las vacunas.

Se requiere también una investigación operacional sobre métodos de distribución más eficaces con objeto de solventar los problemas que plantea la inmunización a lo largo del ciclo vital (recién nacidos, niños, adolescentes, embarazadas, ancianos, entre otros) y la vacunación en situaciones de emergencia y de brotes epidémicos. A medida que se vayan introduciendo nuevas vacunas en los programas de inmunización sistemática y que la vacunación se amplíe más allá del primer año de vida, se tendrán que estudiar los efectos de la interferencia inmunológica y la optimización de los plazos de suministro. En el caso de algunos sectores determinados de la población, como el de las embarazadas, será particularmente importante confirmar la seguridad de las vacunas. Se tienen además que llevar a cabo investigaciones para establecer biomarcadores que validen las estimaciones de cobertura de la inmunización y permitan una mejor medición de los perfiles de inmunidad entre la población. Asimismo, la investigación para desarrollar herramientas que permitan establecer la etiología y que sirvan para el diagnóstico de campo, sean rentables y se puedan utilizar en los lugares de consulta, representará una valiosa aportación para mejorar la calidad del seguimiento.



**Se requiere también una investigación operacional sobre métodos de distribución más eficaces con objeto de solventar los problemas que plantea la inmunización a lo largo del ciclo vital**



### Se presenta un abanico de investigación y desarrollo en descubrimiento, desarrollo y suministro

La comunidad de investigadores, los fabricantes, los profesionales de la salud, los gestores de programas, los grupos consultivos técnicos sobre inmunización, los organismos de reglamentación de vacunas y los asociados para el desarrollo tendrán que actuar de forma concertada para lograr el pleno potencial de investigación y desarrollo en el próximo decenio. Estos grupos deberán ponerse de acuerdo en cuanto a los métodos y argumentos para la asignación de prioridades y de recursos que escasean, equilibrando las tensiones entre las opciones determinadas por los países, la necesidad de esfuerzos de investigación a gran escala y los mercados, manteniendo así el desarrollo y la comercialización. Los profesionales de la salud, gestores de programa, organismos de reglamentación de vacunas y grupos consultivos técnicos sobre inmunización pueden brindar su apoyo para identificar las áreas donde sería posible innovar, y para evaluar su demanda real y valor añadido. Los asociados para el desarrollo pueden ayudar a fomentar una asignación racional de algunos recursos para investigación y desarrollo, conforme a las prioridades acordadas. La comunidad de investigadores y los fabricantes serán los principales responsables de promover la innovación y aplicar el programa de investigación previamente mencionado.

### CUADRO 7: RESUMEN DE LAS ACCIONES RECOMENDADAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO ESTRATÉGICO 6 INNOVACIONES EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO A ESCALA NACIONAL, REGIONAL Y MUNDIAL PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN.



#### Ampliar capacidades y reforzar el compromiso con los usuarios finales.

**COMPROMETERSE** con los usuarios finales a priorizar vacunas e innovaciones de acuerdo con la demanda percibida y el valor añadido.

**ESTABLECER** plataformas de intercambio de información sobre investigación de la inmunización y lograr un consenso.

**CREAR** más capacidad y recursos humanos en los países con ingresos medianos y bajos para llevar a cabo actividades de investigación y desarrollo y de investigación operativa.

**REFORZAR** las redes de centros de investigación para crear asociaciones eficientes que cuenten con instituciones de los países con ingresos altos, medianos y bajos.

**FOMENTAR** la colaboración entre los que ejercen disciplinas de investigación tradicionales y los científicos de otras disciplinas que, en el pasado, no participaban en la investigación para el desarrollo de vacunas.

#### Hacer posible el desarrollo de nuevas vacunas.

**INVESTIGAR** los elementos clave de las respuestas inmunitarias innatas y adaptativas, especialmente en humanos.

**INVESTIGAR** las características inmunológicas y moleculares de los microbios.

**MEJORAR** el conocimiento de la magnitud y de las causas de la diversidad de respuesta de los agentes patógenos y de los seres humanos a las vacunas.

#### Acelerar el desarrollo, la concesión de licencias y la incorporación de vacunas.

**PROMOVER** un mayor acceso a la tecnología, conocimientos y propiedad intelectual para los coadyuvantes y su formulación en las vacunas.

**DESARROLLAR** mecanismos de administración sin jeringas y envases para vacunas que mejor se adapten a las necesidades y limitaciones de los programas nacionales.

**DESARROLLAR** vacunas termoestables contra el rotavirus y el sarampión.

**DESARROLLAR** nuevas tecnologías de bioprocesamiento y producción.

**ELABORAR** un programa mundial de normalización para la investigación y las ciencias.

**ADOPTAR** prácticas óptimas para la gestión de carteras y acuerdos de investigación y desarrollo.

#### Mejorar la eficiencia del programa y aumentar su cobertura e impacto.

**INVESTIGAR** un uso más eficaz de la información a través de las tecnologías modernas de comunicación.

**LLEVAR** a cabo investigaciones epidemiológicas, inmunológicas, sociales y operacionales representativas y estudios de impacto de las vacunas para orientar los análisis económicos de la salud.

**REALIZAR** investigación operacional sobre métodos de distribución mejorados para la inmunización durante todo el ciclo vital y la vacunación en situaciones de emergencia en los llamados estados frágiles y en los que salen de algún conflicto.

**INVESTIGAR** los efectos de interferencia y los plazos de suministro óptimos.

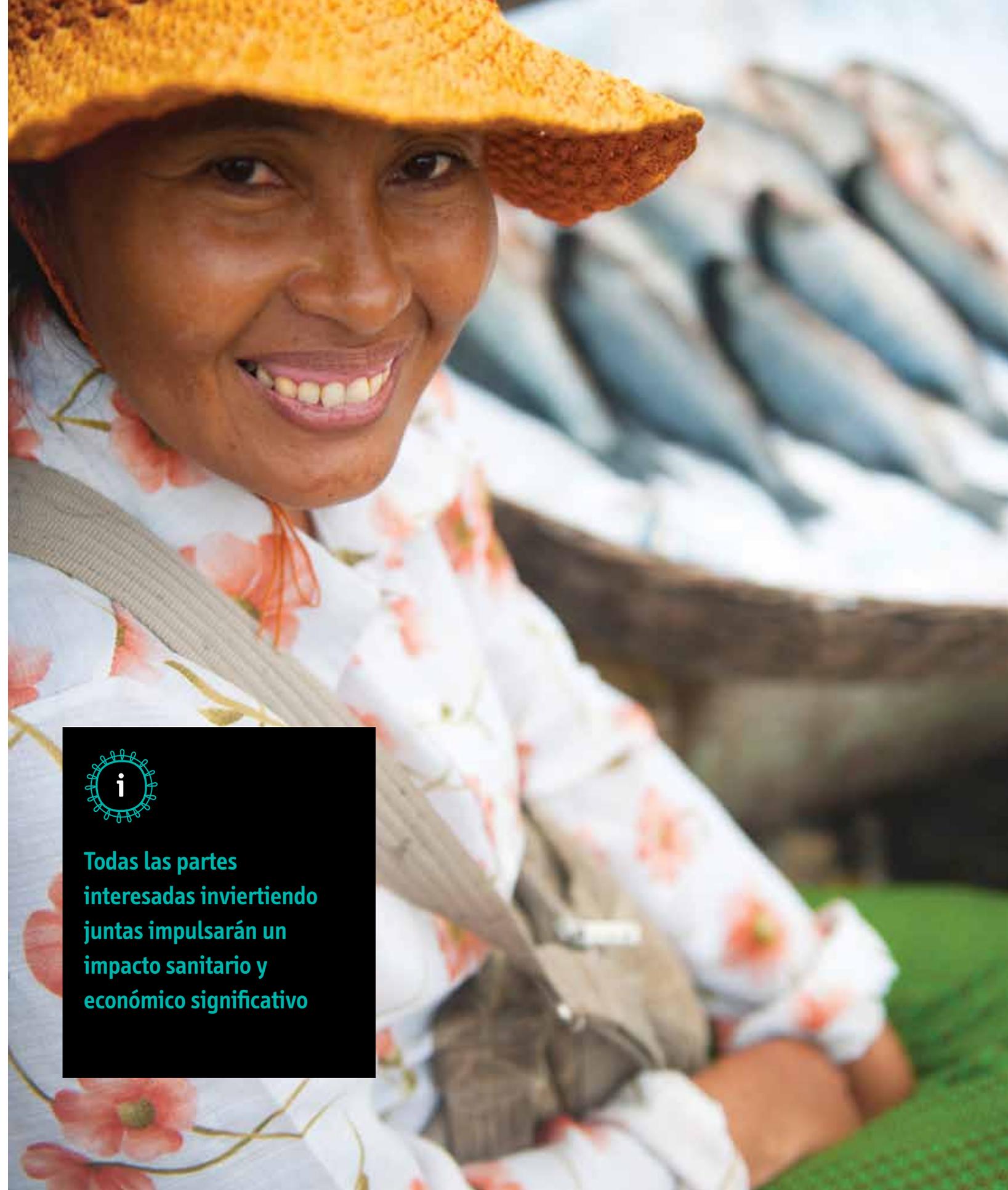
**LLEVAR** a cabo investigaciones para desarrollar mejores herramientas de diagnóstico que puedan utilizarse para las labores de vigilancia en los países con ingresos bajos.

# Rendimiento en salud de las Inversiones en inmunización

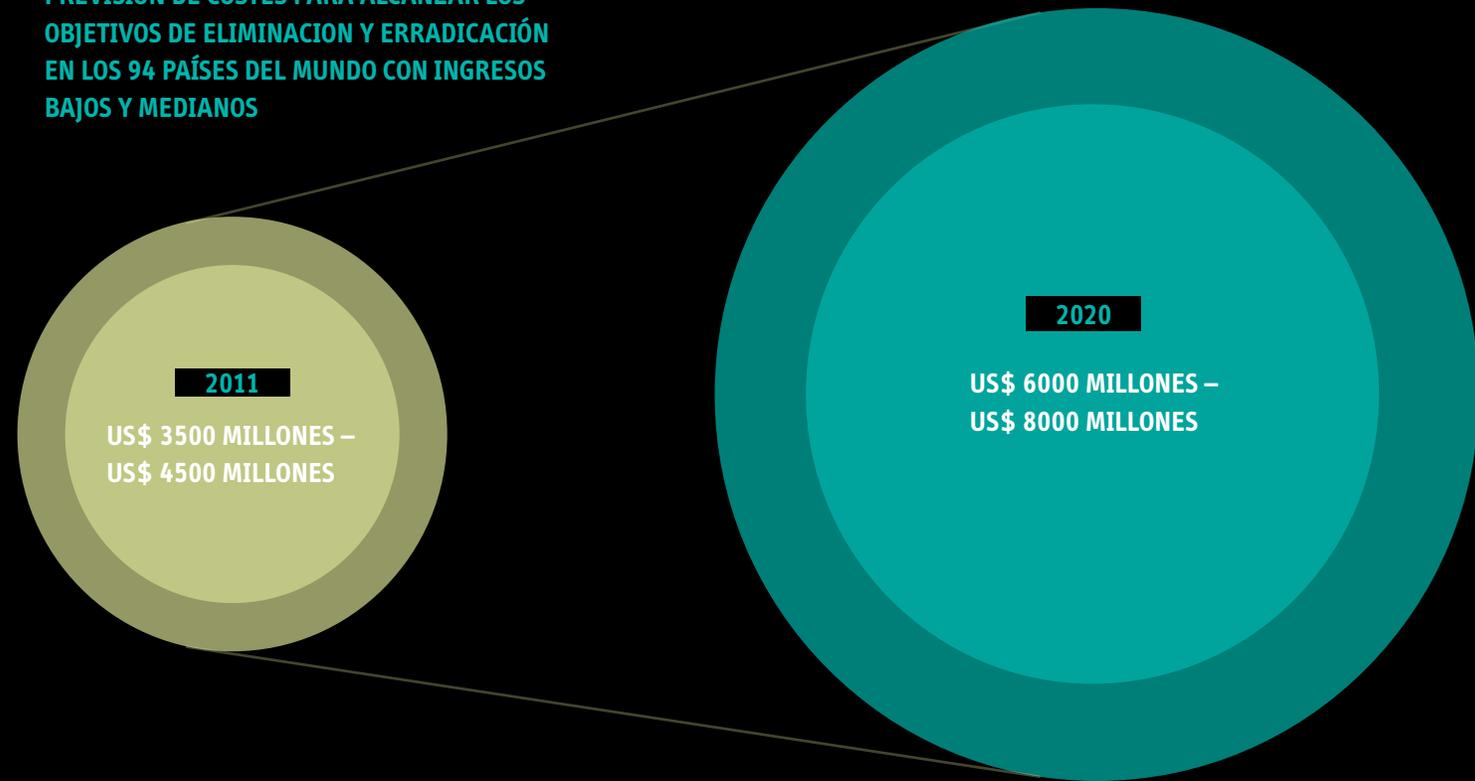
El plan de acción mundial sobre vacunas ha fijado un conjunto de objetivos generales y estratégicos ambiciosos para el próximo decenio con objeto de incrementar el impacto y el alcance de la inmunización en todo el mundo. Mediante la ampliación de la cobertura de las vacunas existentes, la introducción de nuevas vacunas y el empeño en eliminar y erradicar enfermedades concretas se pueden evitar millones de muertes y generar miles de millones de dólares en beneficios económicos.



Todas las partes interesadas invirtiendo juntas impulsarán un impacto sanitario y económico significativo



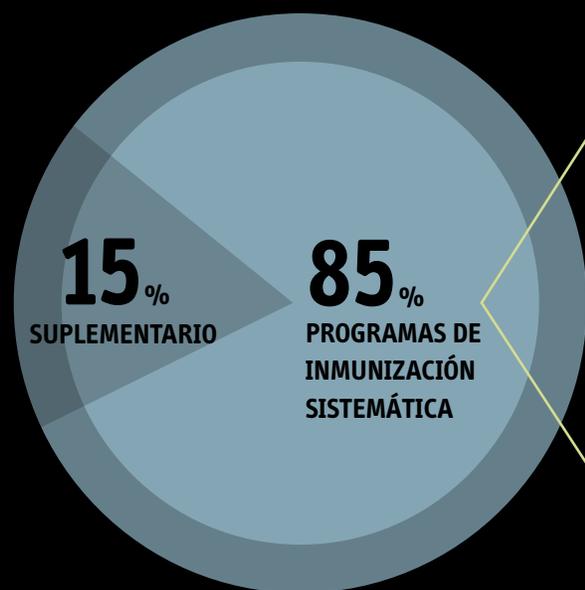
**PREVISIÓN DE COSTES PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE ELIMINACIÓN Y ERRADICACIÓN EN LOS 94 PAÍSES DEL MUNDO CON INGRESOS BAJOS Y MEDIANOS**



**COSTE ACUMULADO APROXIMADO A LO LARGO DEL DECENIO (2011–2020)**

US\$ 50 000 MILLONES – US\$ 60 000 MILLONES

**ACTIVIDADES DE INMUNIZACIÓN SUPLEMENTARIAS para el control acelerado y a los esfuerzos de erradicación y eliminación de enfermedades durante el decenio**



**EJEMPLOS DE COBERTURA**

2011 2020

**COBERTURA DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA**

8% 90%

**VACUNA PENTAVALENTE**

50% 90%

**HASTA CINCO VACUNAS ADICIONALES**



Se prevé que los costos para mantener y ampliar los programas de inmunización actuales, introducir vacunas nuevas e infrautilizadas, y realizar actividades suplementarias de inmunización para alcanzar los objetivos de eliminación y erradicación en los 94 países del mundo con ingresos bajos y medianos bajos pasarán de entre US\$ 3500 millones y US\$ 4500 millones en 2011, a entre US\$ 6000 millones y US\$ 8000 millones en 2020, con un costo acumulado aproximado de entre US\$ 50 000 millones y US\$ 60 000 millones a lo largo del decenio (de 2011 a 2020). Estos cálculos corresponden a los 94 países siguientes.<sup>9</sup>

De esos costos, se estima que entre US\$ 42 000 millones y US\$ 51 000 millones (aproximadamente el 85% del total) servirán para apoyar la ampliación de cobertura de inmunización sistemática y la incorporación de otras vacunas a estos programas.<sup>10</sup> Por ejemplo, se prevé incrementar la cobertura de la vacuna contra el neumococo para el conjunto de nacimientos de estos 94 países, que pasaría de un 8% en 2011 a aproximadamente un 90% para 2020. Asimismo, se prevé que la cobertura de la vacuna pentavalente (contra la difteria, el tétanos, la tosferina, la hepatitis B y el *Haemophilus influenzae* tipo B) pase de un 50% en 2011 a más de un 90% para 2020. Por poner otro ejemplo, se prevé que cinco vacunas adicionales que no están actualmente autorizadas o utilizadas ampliamente en países con ingresos bajos y medianos bajos se introduzcan durante el decenio en muchos de estos países en los que se centra en el análisis; estas vacunas serían las siguientes: vacuna contra el cólera, la fiebre del dengue y la malaria, vacuna antipoliomielítica inactivada y vacuna conjugada contra la fiebre tifoidea. Es necesario fortalecer los programas de suministros para asegurar que cumplan con las necesidades actuales, se mantengan adecuadamente durante el decenio, dispongan de la capacidad suficiente para dar cabida a otras vacunas que se hayan planeado introducir, y facilite las aspiraciones de cobertura en los países con ingresos medianos y mediano bajos. Ello originará un aumento de los costos anuales de inmunización sistemática que pasarán de aproximadamente US\$ 2500 millones en 2011 a US\$ 7500 millones para 2020.

De estos costos, se calcula que una cifra acumulativa de entre US\$ 8000 millones y US\$ 9000 millones (el 15% restante) se destinarán a actividades suplementarias de inmunización enfocadas al control acelerado y a los esfuerzos de erradicación y eliminación de enfermedades durante el decenio, que complementarían los programas de inmunización sistemática. El presente análisis considera que estos esfuerzos se centrarán en el sarampión, la meningitis de tipo A, la poliomielitis, la rubéola, el tétanos y la fiebre amarilla.

**24–26**  
millones podrían evitarse en el futuro

<sup>9</sup> Los países considerados en el análisis de costos incluyen 92 países con ingresos bajos y medianos bajos, según la clasificación de julio de 2011 del Banco Mundial (lista consultada el 11 de abril de 2012 en: <http://www.icsoffice.org/Documents/DocumentsDownload.aspx?Documentid=474>) además de dos países con ingresos medianos altos (Azerbaiyán y Cuba) que obtuvieron ayuda de la Alianza GAVI para las vacunas existentes y que han sido clasificados para recibir apoyo en la introducción de vacunas futuras.

Los costes descritos anteriormente para los programas sistemáticos y las actividades suplementarias de inmunización abarcan los costos proyectados para la adquisición y suministro de vacunas y materiales de inyección así como su distribución, e incluyen transporte y cadena de frío, recursos humanos, formación, movilización social, vigilancia y gestión del programa. Estas cifras no contemplan los costos adicionales o la eficiencia que puedan generar las acciones recomendadas en el plan de acción mundial sobre vacunas ya que, en este momento, no existe una base científica suficiente para evaluar dichos costos. En concreto, no se incluyen los costos adicionales de una ampliación de la vacunación estacional contra la gripe o los acarreados por la necesidad de recursos adicionales para aumentar la vigilancia y compromiso de la sociedad civil, y para el apoyo actual y adicional del organismo técnico a cargo de la ejecución del plan de acción mundial sobre vacunas. No obstante, estos costos representan la mayor parte de los que acarrearía el logro de los objetivos estratégicos del Decenio de las Vacunas (2011–2020).

Los gobiernos de los países con ingresos bajos y medianos bajos seguirán desempeñando un papel fundamental a la hora de satisfacer las necesidades de recursos. Suponiendo que la financiación de la inmunización por parte de los gobiernos aumente paralelamente al crecimiento previsto del PIB, y que todos los países aptos para la Alianza GAVI cumplan con la totalidad de los requisitos correspondientes de cofinanciación, se calcula que los fondos que los gobiernos pondrán a disposición para la inmunización sistemática y las actividades suplementarias de inmunización, podrían ascender a aproximadamente US\$ 20 000 millones durante el decenio. Además, si la Alianza GAVI renovara su nivel actual de financiación para el periodo 2016–2020, los recursos de dicha Alianza generarían una financiación adicional para este decenio del orden de US\$ 12 000 millones, de los cuales aproximadamente US\$ 11 000 millones se destinarían a programas de inmunización sistemática y otros US\$ 1000 millones a programas suplementarios de inmunización. Partiendo de estas premisas, para el decenio, los gobiernos de los países y la Alianza GAVI podrían proporcionar, conjuntamente, fondos por un total de aproximadamente US\$ 32 000 millones. Puede considerarse que estas estimaciones son la financiación mínima disponible a lo largo del decenio ya que no incluyen las contribuciones de los asociados para el desarrollo que no forman parte de la Alianza (a causa de la considerable incertidumbre en cuanto a futuros niveles de financiación por parte de dichos asociados).

**Si la Alianza GAVI renovara su nivel actual de financiación para el periodo 2016–2020, los recursos de dicha Alianza generarían una financiación adicional para este decenio del orden de US\$ 12 000 millones:**



Para alcanzar la financiación adicional de entre US\$ 18 000 millones y US\$ 28 000 millones será preciso contar con el compromiso de todas las partes interesadas: los gobiernos deben continuar considerando la inmunización como una prioridad al decidir la asignación de recursos; los asociados para el desarrollo deben mantener y reforzar el acceso a la financiación de la inmunización a pesar de las prioridades que compitan con esta; y toda la comunidad debe seguir esforzándose en reducir el costo de adquisición de las vacunas y de la prestación del servicio de inmunización.

Las inversiones conjuntas de todas las partes interesadas tendrán efectos considerables sobre la salud y la economía. Las labores para mantener o ampliar la cobertura de las vacunas existentes y los esfuerzos para introducir nuevas vacunas podrían evitar millones de futuras muertes, prevenir cientos de millones de casos y generar un impacto económico de cientos de miles de millones de dólares durante el decenio.

Como ejemplo del impacto potencial de la inmunización, se ha realizado un análisis secundario que muestra que 10 vacunas suministradas durante el decenio,<sup>10</sup> que representan aproximadamente unos US\$ 42 000 millones de los costos del decenio que se sitúan entre US\$ 50 000 y US\$ 60 000 millones, tienen el potencial de evitar un total de entre 24 y 26 millones de futuras muertes (cuadro 8) frente a un escenario hipotético según el cual estas vacunas tendrían una cobertura del 0%.<sup>12</sup>

10 Las vacunas incluidas en el análisis de costos cubren las siguientes enfermedades: difteria-tétanos-tos ferina, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b, virus del papiloma humano, encefalitis japonesa, sarampión, meningococo A, paroti-ditis, neumococo, poliomielitis, rotavirus, rubeola, tuberculosis y fiebre amarilla.

11 Las vacunas incluidas en el análisis de beneficios en la salud y la economía cubren enfermedades en países que representan el 99,5% de la cohorte de nacimiento de los 94 países incluidos en el análisis de costos. Estas enfermedades son: hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b, virus del papiloma humano, encefalitis japonesa, meningitis A, neumococo, rota-virus, rubeola, fiebre amarilla y sarampión.

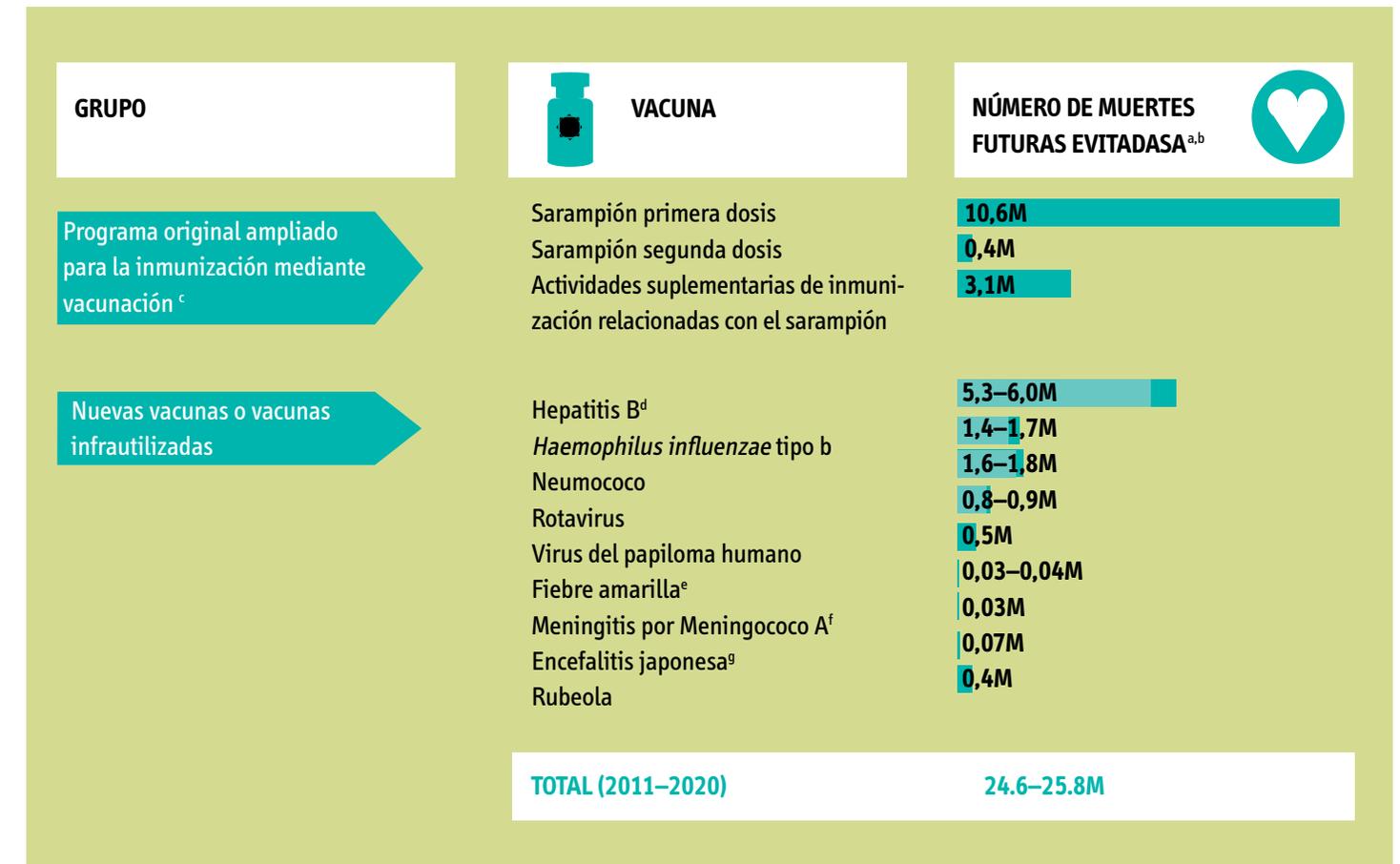
12 En esos países, no existen datos suficientes para estimar la morbilidad evitada gracias a la inmunización.



Las cifras de muertes evitadas representan la estimación de los beneficios totales que pueden lograrse durante el decenio para esas 10 vacunas gracias al mantenimiento o mejora de los niveles actuales de inmunización y a la incorporación de vacunas adicionales en los programas nacionales de inmunización de los países seleccionados, utilizando un escenario alternativo de comparación con una cobertura del 0%. No se limitan únicamente a los nuevos beneficios aportados por actividades suplementarias emprendidas durante el Decenio de las Vacunas (2011–2020).

Las proyecciones actuales de los costos, la financiación disponible y el impacto en la salud evolucionarán a medida que se completen los análisis adicionales y estén disponibles nuevos y mejores datos. Al incluir un mayor número de enfermedades cubiertas por el análisis de costos y beneficios en la salud, la cuantificación del impacto sobre la morbilidad y de los beneficios económicos y más detalles sobre proyecciones de costos y financiación, los análisis adicionales permitirán ampliar el ámbito cubierto por el presente documento. Estos estudios adicionales son necesarios para conocer mejor los costos y beneficios de la investigación y desarrollo que no figuren en las previsiones actuales. Nuevos y mejores datos harán posible un análisis más exacto con estadísticas de carga de enfermedad revisadas, mejores pronósticos de los precios de las vacunas, mejor información relativa a la población y datos más coherentes para todos los países. Además, debe elaborarse y mantenerse un proceso que permita una actualización, a ser posible anual, de los costos y de las estimaciones de financiación e impacto en la salud y en la economía a escala nacional y mundial. Esto facilitará una mejor planificación, coordinación y compromiso entre las partes interesadas, necesaria para alcanzar los objetivos estratégicos y generales del Decenio de las Vacunas (2011–2020).

**CUADRO 8: TOTAL DE MUERTES EVITADAS ENTRE 2011 Y 2020, FRENTE A UN SUPUESTO ESCENARIO ALTERNATIVO CON UNA COBERTURA DE 0%**



a La estimación de las muertes futuras evitadas fue realizada por un grupo de trabajo integrado por personal de la OMS, de la Alianza GAVI, de la Fundación de Bill y Melinda Gates y del PATH. Estas cifras se han obtenido utilizando una mezcla de modelos estáticos y dinámicos de cohortes y diversas fuentes de datos sobre las 10 vacunas, entre las cuales la lista de «Lives Saved Tool». Las proyecciones de cobertura de vacunas proceden del pronóstico estratégico de la demanda de la GAVI [GAVI Strategic Demand Forecast 4.0, (4 de octubre de 2011)] y del pronóstico ajustado de la demanda de la GAVI [GAVI Adjusted Demand Forecast].

b Las horquillas de valores muestran diferentes cifras alternativas que se establecieron en función del conjunto de países y de la proyección de la demanda.

c Los datos para estimar las muertes evitadas gracias a la vacuna BCG o la vacuna contra la difteria, el tétanos o la tos ferina eran insuficientes.

d Ampliado durante el decenio 2001–2010.

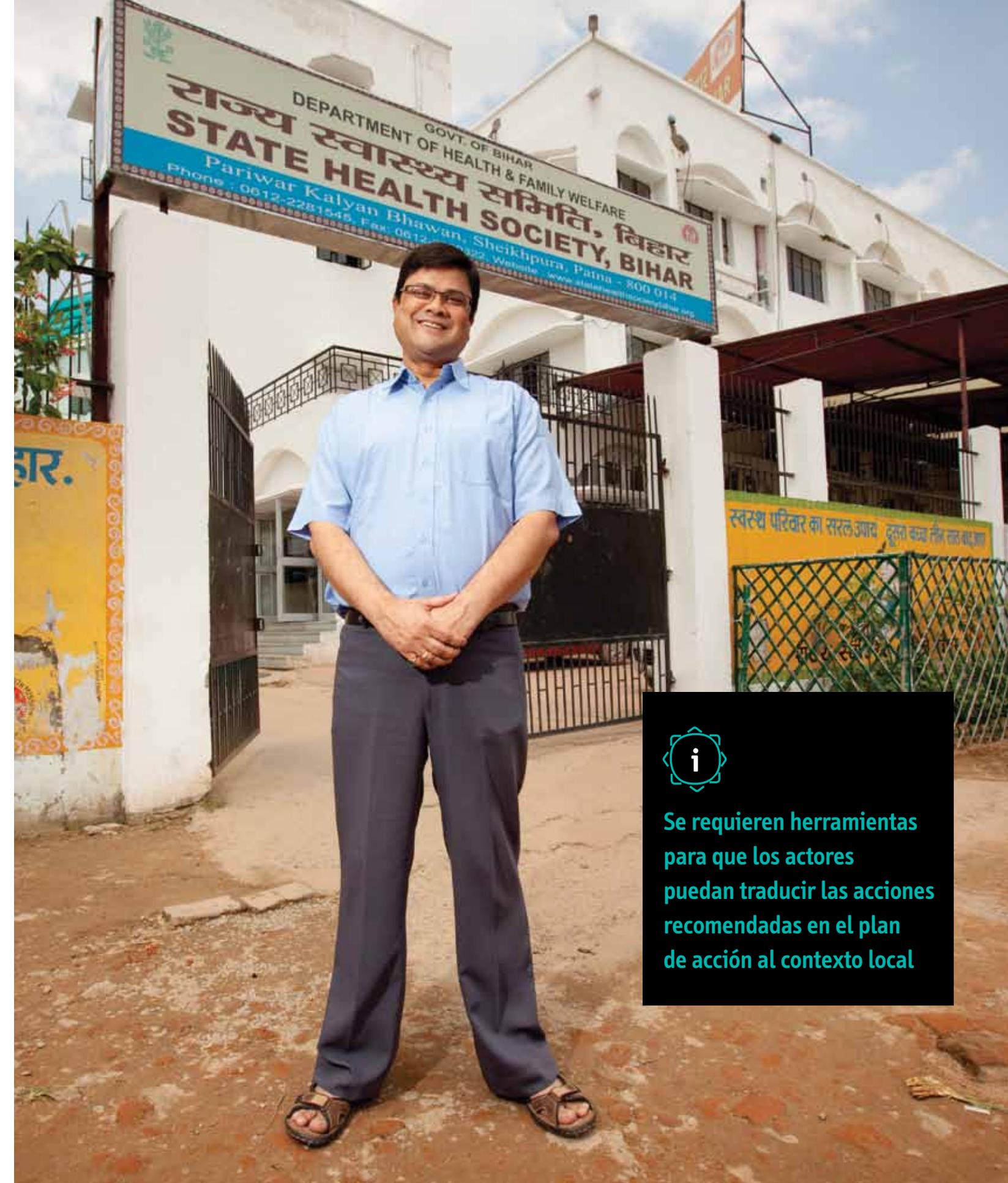
e Carga de enfermedad limitada únicamente a unas pocas regiones.

f Como el anterior.

g Como el anterior.

# Mantenimiento del impulso en el Decenio de las vacunas (2011–2020)

Para asegurar buenos resultados durante todo el Decenio de las Vacunas se tendrá que realizar un esfuerzo adicional y emprender actuaciones que vayan más allá de la formulación del plan de acción mundial sobre vacunas. Para trasladar este plan a medidas y resultados serán necesarios cuatro conjuntos fundamentales de actividades, a saber: concebir herramientas para la adaptación del plan, elaborar un marco completo de rendición de cuentas, obtener compromisos de las comunidades interesadas, y comunicar las oportunidades y retos del Decenio de las Vacunas.



Se requieren herramientas para que los actores puedan traducir las acciones recomendadas en el plan de acción al contexto local

Se necesitan herramientas que transmitan el conjunto completo de ideas en las que se basa el plan de acción mundial sobre vacunas junto con los detalles que faciliten la ejecución del mismo. La producción, publicación, y comunicación de estas herramientas ayudará a que las partes interesadas sepan mejor cómo trasladar a su contexto local las acciones recomendadas en el plan.

El plan de acción mundial sobre vacunas sienta las bases para un marco de rendición de cuentas que se completará con una descripción más detallada de las funciones y responsabilidades de los participantes, un conjunto completo de indicadores, detalles de la metodología y de las fuentes de datos de cada indicador y referencias fijadas cuando proceda. Se necesitan inversiones para mejorar la calidad de los datos y poner en marcha sistemas nacionales de vigilancia y evaluación. Se deberían realizar auditorías con regularidad para comprobar la calidad de los datos. Cada año y empezando en 2013, los países, los comités regionales de la OMS y la Asamblea de la Salud deberían examinar los progresos realizados.

Se podrá pasar del papel a la acción si la sociedad civil, las organizaciones, los organismos multilaterales, los asociados para el desarrollo y los fabricantes de vacunas asumen los compromisos que figuran en el plan de acción mundial sobre vacunas. La formulación de estos compromisos y de una estrategia para coordinarlos será imprescindible a escala nacional, regional y mundial. Se deben identificar canales adecuados y se tienen que establecer comunicaciones especializadas para asegurar que los mensajes del Decenio de las Vacunas lleguen a todos los participantes y que se oyan en todas partes.

El periodo inmediatamente después de la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud será crítico para asegurar que los puntos que se establezcan en el programa se traduzcan en acciones efectivas. Entre las ocasiones cruciales para mantener y aprovechar el impulso actual en lo que resta de 2012 figuran reuniones de los comités regionales de la OMS, la reunión de la Junta Directiva de la Alianza GAVI, el Consejo Ejecutivo del UNICEF, el Foro de Asociados de la Alianza GAVI y la cumbre para llamar a la acción a favor de la supervivencia infantil.

La colaboración dentro del marco del Decenio de las Vacunas es una labor limitada en el tiempo, que termina al completarse el plan de acción mundial sobre vacunas y que se refiere a las actividades que se han identificado y descrito en el presente documento. No habrá una nueva estructura que respalde la fase de ejecución del Decenio de las Vacunas o del plan de acción mundial sobre vacunas. Los principales participantes tendrán que asumir la responsabilidad de respaldar la ejecución y vigilancia de los avances.

En su calidad de organismo normativo principal en la salud mundial, la OMS asumirá el liderazgo del plan de acción, entre otras cosas, definiendo las normas y criterios para la producción y el control de la calidad de las vacunas y reforzando el suministro de inmunización, el seguimiento del programa y los sistemas de vigilancia. En colaboración con otras partes interesadas, la Secretaría de la OMS también abogará por una mayor implicación nacional, ofreciendo para ello un apoyo técnico a los Estados Miembros para la creación de sinergias entre los programas de inmunización y otros programas de atención primaria de salud, y la puesta en marcha de investigaciones, en particular para aumentar la eficiencia y el impacto del programa.



# Resolución de la Asamblea de la Salud

La Asamblea Mundial de la Salud adopta la resolución sobre la Semana Mundial de Vacunación recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB130.R12 y la resolución del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas WHA65.17

La 65.a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas;<sup>1</sup>

Reconociendo la importancia de la inmunización como una de las intervenciones de salud pública más eficaces en relación con el costo, y que debería considerarse como un componente clave del derecho humano a la salud;

<sup>1</sup> Documento [A65/22](#).

Aplaudiendo la contribución de los programas de inmunización eficaces al logro de los objetivos mundiales de salud, en particular al reducir la mortalidad y morbilidad infantil, así como el potencial de estos programas para reducir la mortalidad y morbilidad a lo largo de todo el ciclo vital;

Tomando nota de que la introducción de nuevas vacunas destinadas a combatir diversas causas importantes de destacadas enfermedades mortales, tales como la neumonía, diarrea y cáncer cervicouterino, pueden servir de catalizador para agregar intervenciones complementarias y crear sinergias entre los programas de atención primaria de salud; y que más allá de las victorias sobre la mortalidad, estas nuevas vacunas prevendrán la morbilidad con los consiguientes beneficios económicos, incluso en países que ya han logrado reducir la mortalidad;

Preocupada de que, a pesar de los progresos ya realizados, los objetivos de erradicación y eliminación de enfermedades, como la erradicación de la poliomielitis o la eliminación del sarampión, de la rubéola y del tétanos materno y neonatal, no se pueden alcanzar sin lograr y mantener una cobertura alta y equitativa;

Preocupada de que los países con ingresos bajos y medianos, en donde la adopción de vacunas existentes ha sido más lenta, podrían no tener la oportunidad de acceder a las vacunas nuevas y mejoradas que se prevé estarán disponibles durante este decenio;

Alarmada por el hecho de que los servicios mundiales de inmunización sistemática no están llegando a un niño de cada cinco, y de que la cobertura de inmunización sistemática de los países continúa presentando deficiencias considerables;

**RECORDANDO LAS RESOLUCIONES WHA58.15 Y WHA61.15 SOBRE ESTRATEGIA MUNDIAL DE INMUNIZACIÓN DÉCIMA SESIÓN PLENARIA, 26 DE MAYO DE 2012, A65/VR/10**

**1. APRUEBA EL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE VACUNAS;**

**2. INSTA A LOS ESTADOS MIEMBROS:**

**3. PIDE A LA DIRECTORA GENERAL:**

- 1) a que apliquen la visión y las estrategias del Plan de acción mundial sobre vacunas al desarrollar los componentes sobre vacunas e inmunización de sus estrategias y planes nacionales de salud, prestando especial atención a la mejora del desempeño del Programa Ampliado de Inmunización, y en función de la situación epidemiológica de sus países respectivos;
- 2) a que se comprometan a asignar los recursos humanos y financieros adecuados para alcanzar los objetivos de inmunización y otros hitos importantes pertinentes;
- 3) a que cada año, durante una reunión especialmente dedicada al Decenio de las Vacunas, informen a los comités regionales sobre las lecciones extraídas, los progresos realizados, los desafíos pendientes y las medidas actualizadas para alcanzar los objetivos nacionales de inmunización;

- (1) que promueva la uniformización y la coordinación de las actividades mundiales de inmunización de todas las partes interesadas, en apoyo a la ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas;
- 2) que garantice que el apoyo prestado a la ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas a nivel regional y de país conceda especial atención al fortalecimiento de la inmunización sistemática;
- 3) que identifique recursos humanos y financieros para brindar apoyo técnico con objeto de aplicar los planes nacionales del Plan de acción mundial sobre vacunas y vigilar su impacto;
- 4) que movilice más recursos financieros para respaldar la aplicación del Plan de acción mundial sobre vacunas en los países de ingresos bajos y medios;
- 5) que vigile los progresos realizados y, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe anualmente a la Asamblea de Salud, hasta la 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos mundiales de inmunización, siendo este un punto importante del orden del día y utilizando el marco de rendición de cuentas propuesto para orientar los debates y las actividades futuras.

## Anexos



4.

# Anexo 1: Resumen de los indicadores propuestos

## INDICADORES Y METAS PROPUESTAS RELACIONADAS CON LOS OBJETIVOS <sup>1</sup>

OBJETIVO	META PARA 2015	META PARA 2020
Lograr un mundo libre de poliomielitis	Interrumpir la transmisión de poliovirus salvajes a nivel mundial (para 2014)	Certificación de la erradicación de la poliomielitis (para 2018)
Cumplir las metas mundiales y regionales de eliminación	<p>Eliminar el tétanos neonatal en todas las regiones de la OMS</p> <p>Eliminar el sarampión como mínimo en cuatro regiones de la OMS</p> <p>Eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita como mínimo en dos regiones de la OMS</p>	Eliminar el sarampión y la rubéola como mínimo en cinco regiones de la OMS
Cumplir las metas de cobertura vacunal en todas las regiones, países y comunidades	Alcanzar una cobertura del 90% a nivel nacional y del 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente con 3 dosis de vacunas que contengan antígenos de la difteria, tétanos y tos ferina	Alcanzar una cobertura del 90% a nivel nacional y del 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente con todas las vacunas que figuren en los programas nacionales, a no ser que haya otras recomendaciones
Desarrollar e introducir vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas	Lograr que al menos 90 países de ingresos bajos y medios hayan introducido una o más vacunas nuevas o infrautilizadas	<p>Lograr que todos los países de ingresos bajos y medios hayan introducido una o más vacunas nuevas o infrautilizadas</p> <p>Lograr la concesión de licencias y el lanzamiento de vacunas contra una o más de las grandes enfermedades que todavía no son prevenibles mediante vacunación</p> <p>Lograr la aprobación y lanzamiento de al menos una plataforma de tecnología de distribución</p>
Superar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 referida a la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los menores de cinco años (Meta 4.A)	Superar la meta 4.A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 referida a la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años



INDICADORES PROPUESTOS RELACIONADAS CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO

1

LOGRAR QUE TODOS LOS PAÍSES SE COMPROMETAN CON LA INMUNIZACIÓN COMO PRIORIDAD

2

LOGRAR QUE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES COMPRENDAN EL VALOR DE LAS VACUNAS Y EXIJAN LA INMUNIZACIÓN COMO UN DERECHO Y UNA RESPONSABILIDAD

3

LOGRAR QUE LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN SE DISTRIBUYAN DE FORMA EQUITATIVA A TODAS LAS PERSONAS

4

LOGRAR SISTEMAS DE INMUNIZACIÓN ROBUSTOS QUE FORMEN PARTE INTEGRAL DE UN SISTEMA DE SALUD QUE FUNCIONE CORRECTAMENTE

5

LOGRAR QUE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN TENGAN ACCESO SOSTENIBLE A UNA FINANCIACIÓN PREVISIBLE, SUMINISTROS DE CALIDAD Y TECNOLOGÍAS INNOVADORAS<sup>3</sup>

6

LOGRAR INNOVACIONES EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO A ESCALA NACIONAL, REGIONAL Y MUNDIAL PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN

INDICADORES

Gasto nacional por persona

Existencia de un grupo consultivo técnico independiente que cumpla criterios definidos

Porcentaje de países que han evaluado (o medido) la confianza en la vacunación a nivel subnacional<sup>2</sup>

Porcentaje de personas no vacunadas o con vacunación subóptima en cuya decisión influyó la falta de confianza<sup>2</sup>

Porcentaje de distritos con una cobertura igual o superior al 80% con tres dosis de vacunas que contengan antígenos de la difteria, tétanos y tos ferina

Reducción de las diferencias de cobertura entre las poblaciones de los quintiles superior e inferior de riqueza y otro indicador de equidad apropiado

Tasa de abandonos entre la primera y la tercera dosis de vacunas que contengan antígenos de la difteria, tétanos y tos ferina

Cobertura sostenida  $\geq 90\%$  durante tres años o más con vacunas que contengan antígenos de la difteria, tétanos y tos ferina

Datos sobre la cobertura de inmunización considerados como de gran calidad por la OMS y el UNICEF

Número de países cuya vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación esté basada en los casos y cumpla las normas de calidad

Porcentaje de las dosis de vacunas que se utilizan en todos el mundo cuya calidad está garantizada

Progresos en el desarrollo de vacunas contra la infección por VIH, la tuberculosis y el paludismo

Progresos hacia la consecución una vacuna antigripal universal (que proteja frente a variaciones antigénicas mayores y menores)

Progresos hacia la consecución de capacidad institucional y técnica para llevar a cabo ensayos clínicos sobre las vacunas

Número de vacunas que hayan obtenido licencias o nuevas licencias para ser utilizadas en una cadena con temperaturas controladas, pero superiores al intervalo tradicional de 2 a 8 °C

Número de tecnologías de administración devacunas (dispositivos y equipos) que hayan recibido precalificación de la OMS, en comparación con 2010

1 El grupo de trabajo del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización examinará también la elaboración y la adición de indicadores que midan la equidad entre los países en el acceso a las vacunas la integración de los sistemas de inmunización en los sistemas de salud en general.

2 Indicador provisional que se ultimaré teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones piloto realizadas en algunas regiones.

3 El informe sobre el progreso también incluirá un informe descriptivo sobre los avances en el suministro, precio y las adquisiciones de las vacunas.

## Anexo 2: Responsabilidades de las partes interesadas

Existe una oportunidad de lograr verdaderos avances en el próximo decenio. Aprovechar este potencial depende de que todos los participantes asuman unas responsabilidades claramente definidas y coordinadas. La principal responsabilidad la ostentan los individuos y las comunidades, los gobiernos y los profesionales de la salud, en su calidad de receptores y proveedores de la inmunización. Otras partes interesadas también desempeñan una función importante para lograr estos objetivos.





**LOS INDIVIDUOS Y LAS COMUNIDADES, COMO RECEPTORES DE LA INMUNIZACIÓN, DEBERÍAN:**

**COMPRENDER** los riesgos y los beneficios de las vacunas y la inmunización y considerarlos parte de su responsabilidad como ciudadanos;

**EXIGIR** a sus líderes y gobiernos programas de inmunización seguros y eficaces como un derecho, y hacer que dichos líderes y gobiernos sean responsables de proporcionárselos;

**PARTICIPAR** en los debates sobre salud pública y tomar parte en las decisiones fundamentales sobre procesos de inmunización;

**PARTICIPAR** y contribuir en el proceso de suministro de vacunas y transmitir las necesidades y perspectivas de sus comunidades a los planificadores de políticas.



**LOS GOBIERNOS, COMO PRINCIPALES PROVEEDORES DE LA INMUNIZACIÓN, DEBERÍAN:**

**AUMENTAR** el apoyo a los programas nacionales de inmunización y asegurar la sostenibilidad financiera de los mismos para 2020;

**IR** financiando una parte cada vez mayor de los programas nacionales de inmunización, hasta lograr financiarlos totalmente, para luego aportar fondos a las actividades mundiales de inmunización, dependiendo de las rentas de los países y a medida que las economías crezcan;

**FORMULAR** e incorporar leyes, reglamentos y políticas que respalden los programas de inmunización y una base de distribución segura y de alta calidad, cuando proceda;

**FORMULAR** planes regionales y nacionales específicos en colaboración con otras partes interesadas de la región o del país;

**PRIORIZAR** los programas nacionales de inmunización y asumir la total responsabilidad de los mismos, con objeto de crear programas guiados por la equidad que lleguen a todas las comunidades;

**TRABAJAR** con las partes interesadas dentro y fuera de los gobiernos;

**RESPONDER** con información oportuna cuando la población manifieste sus preocupaciones sobre seguridad y eficacia para conservar así la confianza pública;

**GARANTIZAR** que los programas de inmunización cuenten con el personal adecuado para su gestión y distribución, y que dicho personal esté bien capacitado y tenga los incentivos adecuados;

**INCULCAR** a la gente la idea de que la inmunización es muy importante para mejorar la salud de la población y que contribuye a fortalecer los sistemas de salud y la atención primaria de salud;

**TRANSMITIR** mensajes eficaces sobre las vacunas de forma que se cree una demanda;

**ENTABLAR** el diálogo con las comunidades y los medios de comunicación y utilizar de manera efectiva las técnicas de comunicación para transmitir mensajes sobre las vacunas y para responder a las preocupaciones sobre seguridad;

**PROMOVER** y apoyar la investigación de vacunas y asuntos conexos, y fomentar la educación sobre las vacunas a todos los niveles;

**COLABORAR** a escala regional e internacional en programas de defensa, de intercambio de datos y de preparación coordinada;

**PARTICIPAR** en diálogos abiertos con los fabricantes para garantizar la asequibilidad de las vacunas actuales y de las nuevas.



**LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBERÍAN:**

**OFRECER** servicios de inmunización de alta calidad e información sobre los mismos;

**INTRODUCIR** cursos sobre vacunas en universidades y en colegios o escuelas superiores que impartan grados relacionados con la salud, así como facilitar una educación continuada para todos los proveedores de salud (cuerpo médico, personal de enfermería, farmacéuticos y profesionales de la salud pública);

**IDENTIFICAR** áreas donde se pudieran mejorar los servicios de inmunización y realizar innovaciones;

**ACTUAR** como voces proactivas confiables en pro del valor de las vacunas y captar otras voces de defensores de la inmunización;

**UTILIZAR** las tecnologías existentes y las emergentes para mejorar el suministro y la recopilación de información;

**ENTABLAR** diálogo con las comunidades y los medios de comunicación y utilizar de manera efectiva las técnicas de comunicación para transmitir mensajes sobre las vacunas y responder a preocupaciones sobre seguridad.



**LA COMUNIDAD ACADÉMICA DEBERÍA:**

**PROMOVER** la innovación para acelerar el desarrollo de vacunas nuevas y mejoradas, contribuir a la optimización de la formulación de las vacunas y de la logística de los programas de inmunización, y sentar las bases para el impacto de la inmunización en los próximos decenios;

**SEGUIR** un programa de investigación multidisciplinaria que se centre en el impacto transformador y se base en las necesidades del usuario final;

**DESARROLLAR** vacunas y tecnologías que optimicen y maximicen el suministro de vacunas;

**ADOPTAR** nuevos métodos de trabajo que aceleren el avance científico;

**MEJORAR** el diálogo con otros investigadores, legisladores y fabricantes para coordinar las actividades y mejorar la eficacia al responder a los desafíos locales y mundiales relacionados con la inmunización;

**PROPORCIONAR** datos esenciales, métodos y argumentos que ayuden a impulsar la priorización continua de la inmunización, tanto a nivel mundial como local;

**PARTICIPAR** más activamente en exámenes sistemáticos con objeto de identificar áreas donde existan pruebas científicas sólidas (que deberían constituir las bases de las políticas de salud) y áreas que carezcan de esos datos probatorios (donde debería centrarse la investigación básica futura);

**FACILITAR** datos probatorios y explicar las prácticas óptimas de inmunización;

**APOYAR** las mejoras de las capacidades de producción;

**PROMOVER** la asignación de presupuestos para la investigación de vacunas e inmunización.



**LOS FABRICANTES DEBERÍAN:**

**SEGUIR** desarrollando, produciendo y suministrando vacunas innovadoras de alta calidad;

**APOYAR** la investigación y programas de educación para la inmunización;

**PARTICIPAR** en diálogos abiertos con los países y el sector público para asegurar un acceso sostenible a las vacunas actuales y a las nuevas;

**CONTINUAR** introduciendo innovaciones en los procesos de producción y en las estructuras de precios;

**APOYAR** un programa de difusión en los medios de comunicación para el Programa Ampliado de Inmunización con objeto de reforzar los conocimientos de la población en materia de vacunas;

**BRINDAR** apoyo para una rápida ampliación y adopción de vacunas nuevas y mejoradas a medida que estas vayan apareciendo;

**CONCERTAR** alianzas que respalden el crecimiento de las capacidades de producción y refuercen el suministro de vacunas y la innovación en materia de inmunización;

**TRABAJAR** en coordinación con otros asociados en la defensa de las vacunas y de la inmunización.



**LOS ORGANISMOS MUNDIALES, COMO LA OMS, EL UNICEF, EL BANCO MUNDIAL, LOS BANCOS REGIONALES DE DESARROLLO Y LA ALIANZA GAVI, DEBERÍAN:**

**PROMOVER** la implicación de cada país y facilitar el apoyo técnico para ello;

**FORTALECER** las capacidades nacionales y las infraestructuras regionales;

**SEGUIR** definiendo normas y directrices para mejorar los servicios de inmunización y las vacunas, esforzándose por

**ALCANZAR** una mayor equidad y sensibilidad en cuestiones de género y poblaciones marginales (tales como las minorías, los grupos de edad, etc.);

**PROMOVER** sinergias entre los servicios de inmunización y otros servicios de salud, y con otros sectores tales como los de la educación, desarrollo económico y finanzas;

**FINANCIAR** la provisión de vacunas y las actividades relativas a la inmunización;

**TRABAJAR** con todas las partes interesadas para mejorar la asistencia técnica, con objeto de fortalecer la inmunización y otros componentes de los sistemas de salud;

**PROMOVER**, compartir y respaldar el proceso de toma de decisiones basadas en datos científicos para todas las partes interesadas en el desarrollo, la salud y la inmunización;

**CONTAR** con la participación de asociados para que generen una demanda popular de inmunización y apoyen la investigación y las mejoras del programa;

**PROMOVER** la idea de una financiación nacional sostenible y captar a las economías en rápido crecimiento como asociados financieros;

**CONCEBIR** mecanismos de responsabilidad mutua para que gobiernos, programas y asociados para el desarrollo cumplan con los niveles de apoyo a los que se hayan comprometido;

**FOMENTAR** el diálogo entre fabricantes y países para alinear la oferta y la demanda;

**BUSCAR** vías de financiación y mecanismos de suministro innovadores, que refuercen la implicación del país y promuevan la igualdad y asequibilidad para los países con ingresos medianos y bajos.



**LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO, TALES COMO LOS ORGANISMOS BILATERALES, FUNDACIONES Y FILÁNTROPOS, DEBERÍAN:**

**CUMPLIR** los mandatos institucionales y las misiones en materia de salud;

**APOYAR** a países y entidades regionales para que puedan alcanzar los objetivos nacionales y regionales y contribuir al avance de sus prioridades;

**PROMOVER** la implicación del país y los planes de salud, de vacunas y de inmunización liderados por el país que incluyan presupuestos para mejorar el acceso a los servicios y reduzcan las desigualdades de cobertura;

**PROMOVER** paquetes completos e integrados de intervenciones fundamentales y servicios que incluyan vacunas e inmunización y que fortalezcan los sistemas de salud;

**APORTAR** una financiación previsible a largo plazo, conforme con los planes nacionales, y alentar a los asociados financieros nuevos y existentes a financiar las vacunas y la inmunización;

**CONSOLIDAR** la capacidad de la sociedad civil y apoyar las actividades de la sociedad civil en los países;

**PARTICIPAR** en la defensa activa de la inmunización a escala internacional a través del acceso a datos probatorios abiertos que se puedan compartir;

**MANTENER** transparencia y coordinación en materia de financiación, junto con una evaluación basada en el desempeño.



**LA SOCIEDAD CIVIL, INCLUIDAS LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES, DEBERÍAN:**

**PARTICIPAR** en la promoción y ejecución de programas de inmunización, tanto a escala nacional como mundial;

**PARTICIPAR** en el desarrollo y pruebas de enfoques innovadores para la prestación de servicios de inmunización que lleguen a las personas más vulnerables;

**SEGUIR** las directrices y reglamentos nacionales para el diseño y ejecución de programas de inmunización que cumplan con el deber de rendición de cuentas de las autoridades nacionales;

**EDUCAR** y dar poder de decisión a los grupos y a las comunidades vulnerables sobre su derecho a la salud, que abarca el derecho a vacunas e inmunización e involucrarlos en las actividades correspondientes;

**PONER** en marcha iniciativas locales en el seno de las comunidades para vigilar los avances y otorgar a gobiernos, asociados para el desarrollo y a otras partes interesadas la responsabilidad de proporcionar servicios de inmunización de alta calidad;

**CONTRIBUIR** a mejorar los sistemas de evaluación y vigilancia en los países;

**IMPLICARSE** en la defensa activa de las vacunas en el ámbito nacional, regional y mundial, más allá de la comunidad dedicada a la inmunización, para asegurar que todos comprendan que las vacunas y la inmunización son un derecho de todas las personas;

**COLABORAR** dentro del país y entre países para compartir estrategias y generar un impulso con objeto de mejorar la salud, las vacunas y la inmunización.

**LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DEBERÍAN:**

**CONOCER** los beneficios que aporta la inmunización y las preocupaciones que la rodean para poder informar con exactitud y promover eficazmente los programas de inmunización;

**IMPLICARSE** en la defensa activa de las vacunas en el ámbito nacional, regional y mundial, más allá de la comunidad dedicada a la inmunización, para asegurar que todos comprendan que las vacunas y la inmunización son un derecho de todas las personas;

**UTILIZAR** técnicas de comunicación eficaces para transmitir mensajes sobre las vacunas y responder a las preocupaciones sobre la seguridad.



**EL SECTOR PRIVADO DEBERÍA:**

**APOYAR** la diversificación de las fuentes de financiación para programas de inmunización (sector privado, aseguradoras, pacientes);

**IMPLICARSE** en la defensa activa de las vacunas en el ámbito nacional, regional y mundial, y ser los paladines de la inmunización, para asegurar que todos comprendan que las vacunas y la inmunización son un derecho de todas las personas.

# Anexo 3: Suposiciones y metodología para determinar los costos y la financiación

Proyección de costos y finanzas disponibles para aumentar la inmunización en un esfuerzo por lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas de la Colaboración para el Decenio de las Vacunas, 2011–2020

## OBJETIVO

**Proyectar los requisitos y la disponibilidad de los recursos financieros para facilitar la visión descrita en el Plan de acción mundial sobre vacunas (GVAP por sus siglas en inglés)**

## MÉTODOS

Se elaboraron proyecciones de los flujos financieros y costos totales anuales y acumulados para caracterizar los recursos necesarios, a fin de ofrecer una variedad de vacunas clave, existentes y en proyecto, a lo largo de el decenio en los países más pobres del mundo en los que se espera que los beneficios de la inmunización sean superiores. Las proyecciones utilizan y consolidan información de estudios de costos y predicciones existentes, además de datos específicos de cada país disponibles en los planes de inmunización del país. El análisis se enfoca en los flujos financieros y los costos de proyección que podrían estar disponibles para cubrir esos costos de suministros para inyecciones y vacunas, asociados con los costos del sistema específico de inmunizaciones (p. ej., la cadena de frío) y los esfuerzos de distribución. Las proyecciones de financiación copian los flujos de financiación nacional de los gobiernos de los países, apoyo económico recibido a través de la Alianza GAVI y de otras fuentes principales de asistencia de desarrollo para la inmunización.



## Introducción

Un componente fundamental para pasar de un conjunto de documentos a medidas y resultados es un análisis de los requisitos y la disponibilidad de recursos financieros para facilitar la visión descrita en el GVAP. El resto de este documento proporciona una descripción general de la metodología y el enfoque que respalda este análisis. En lugar de cubrir todas las medidas del GVAP, este análisis se enfoca en los costos, la financiación proyectada y la brecha de financiación resultante, bajo diferentes situaciones, para inmunizar a poblaciones objetivo en países de ingresos bajos y medio-bajos con vacunas existentes y futuras que se espera que aborden la importante carga de enfermedades en estos países.

## Métodos

### PAÍSES INCLUIDOS

Si bien la Colaboración para el Decenio de las Vacunas, 2011–2020 (Decade of Vaccines Collaboration, DoVC) está pensado como una iniciativa mundial, el análisis de las proyecciones de financiación y los costos de inmunización se enfocó en 94 países, compuestos por todos aquellos clasificados como países de ingresos bajos (35) o medio-bajos (57) por el Banco Mundial en 2011, además de dos países que actualmente se encuentran en el proceso de independizarse de la elegibilidad de GAVI y que se clasifican como países de ingresos medio-altos.<sup>4</sup> A continuación se presenta una tabla que enumera los países específicos incluidos en este análisis. Debido a la disponibilidad de datos para las variables clave, la muestra de análisis estuvo compuesta por 89 países que representaron el >99 % de el conjunto de nacimientos totales de los 94 países originales. De los 89 países del análisis, 57 son actualmente elegibles para recibir nuevo apoyo económico de GAVI, 16 son países que actualmente se están independizando del apoyo económico de GAVI y 21 países no son elegibles para el apoyo económico de GAVI.

El análisis se enfocó en estos países, en parte, porque dado que tienen un gasto gubernamental en atención sanitaria sumamente limitado, en términos generales, tienen menos probabilidad de poseer la capacidad financiera para autofinanciar completamente los servicios de inmunización deseados y, por consiguiente, necesitarán el máximo apoyo de la comunidad mundial para alcanzar los objetivos del GVAP.

**Este análisis se enfoca en los costos, la financiación proyectada y la brecha de financiación resultante, bajo diferentes escenarios**

**>EL 99 %**

**de el conjunto de nacimientos totales de los 94 países originales representados**

<sup>4</sup> Clasificación de ingresos del Banco Mundial publicada en julio de 2011, basada en el Ingreso Nacional Bruto (Gross National Income, GNI) per cápita de 2010. Los países de bajos ingresos tienen un GNI per cápita en 2010 de USD 1005 o menos. Los países de ingresos medio-bajos tienen un GNI per cápita de entre USD 1006 y USD 3975.

**TABLA 9: ALCANCE DE PAÍSES PARA EL ANÁLISIS**

Afganistán	Malawi	República del Congo	Moldavia	Tuvalu
Bangladesh	Mali	Costa de Marfil	Mongolia	Ucrania
Benín	Mozambique	Yibuti	Marruecos	Uzbekistán
Burkina Faso	Birmania	Egipto	Nicaragua	Vanuatu
Burundi	Nepal	El Salvador	Nigeria	Vietnam
Camboya	Níger	Fiyi	Pakistán	Gaza y Cisjordania
Caribe	Ruanda	Georgia	Papúa Nueva Guinea	Yemen
Chad	Sierra Leona	Ghana	Paraguay	Zambia
Comoras	Somalía	Guatemala	Filipinas	Azerbaiyán
República Democrática del Congo	Tayikistán	Guyana	Samoa	Cuba
Eritrea	Tanzania	Honduras	Santo Tomé y Príncipe	
Etiopía	Togo	Indonesia	Senegal	
Gambia	Uganda	India	Islas Salomón	
Guinea	Zimbabue	Irak	Sri Lanka	
Guinea-Bissau	Angola	Kiribati	Sudán del Norte	
Haití	Armenia	Kosovo	Sudán del Sur	
Kenia	Belice	República Democrática Popular de Laos	Suazilandia	
República Democrática de Corea	Bután	Lesoto	Siria	
Kirguistán	Bolivia	Islas Marshall	Timor Oriental	
Liberia	Camerún	Mauritania	Tonga	
Madagascar	Cabo Verde	Micronesia	Turkmenistán	

**CLASIFICACIÓN DE INGRESOS DEL BANCO MUNDIAL**

bajo

medio-bajo

medio-alto

**VACUNAS INCLUIDAS**

Si bien, desde un alcance más amplio, todas las vacunas del DoVC son importantes, las vacunas incluidas en el alcance de este análisis son las de uso en seres humanos, actualmente disponibles y, en muchos casos, ampliamente utilizadas junto con vacunas más nuevas, que se espera que traten de manera significativa la carga de enfermedades prevenibles mediante vacunación<sup>5</sup> dentro de los 94 países incluidos en el alcance de los países identificados anteriormente. Además de las vacunas autorizadas y disponibles en la actualidad, el análisis también justifica la introducción prevista de diversas vacunas nuevas durante el transcurso del decenio. Las vacunas de uso veterinario y las vacunas recomendadas principalmente para uso terapéutico (p. ej., las vacunas contra la rabia), al igual que todas las vacunas mayormente utilizadas fuera de los contextos de bajos recursos (p. ej., las vacunas contra la gripe estacional) fueron excluidas del análisis.

A fin de definir los métodos e identificar las fuentes de datos, se utilizaron dos categorías (no mutuamente excluyentes) para clasificar las vacunas cubiertas en el análisis: (1) las vacunas suministradas mediante campañas y asociadas con las iniciativas de eliminación, erradicación y control acelerado de enfermedades (ADC por sus siglas en inglés) y (2) las vacunas suministradas a través de programas de inmunización de rutina. Esta categorización fue de utilidad, ya que los costos de distribución difieren considerablemente según las estrategias de distribución (p. ej., principalmente a través de campañas de vacunación frecuentes frente a la vacunación de rutina), y la coordinación y la intensidad de los esfuerzos de distribución (que afectan los costos) difieren según si las vacunas/enfermedades estaban asociadas con iniciativas de alto nivel de erradicación, eliminación o ADC regional o mundial. La siguiente tabla resume las vacunas/enfermedades en cada una de las categorías.

El programa de vacunación y las estrategias de focalización seleccionadas para cada una de estas vacunas se basaron en orientación a nivel mundial (p. ej., Documentos de posición de la OMS, Orientación del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico [Strategic Advisory Group of Experts, SAGE]). Si bien en el caso de las vacunas que están en proyecto, esa información a menudo no está disponible, las suposiciones sobre la estrategia de distribución, al igual que el tiempo previsto de obtención de la licencia, se basaron en el asesoramiento de expertos en el desarrollo de vacunas, particularmente de asociaciones de desarrollo de productos relevantes. Estas fueron suposiciones analíticas en lugar de presuposiciones de orientación y decisiones por parte de países individuales y reguladores.

**TABLA 10: ALCANCE DE VACUNAS/ ENFERMEDADES PARA EL ANÁLISIS**

<p><b>(1) VACUNAS DE ERRADICACIÓN/ ELIMINACIÓN/ADC (SUMINISTRADAS MEDIANTE CAMPAÑAS)</b></p> <p>Meningitis A conjugada Sarampión Vacuna antipoliomielítica oral (OPV) Rubeola Tétanus Fiebre amarilla</p>
<p><b>(2) PROGRAMAS DE VACUNACIÓN DE RUTINA</b></p> <p>Cólera (campaña) Meningitis A conjugada* Dengue (rutina) Hepatitis B Virus del papiloma humano Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) Encefalitis japonesa (rutina y refuerzo) Malaria (rutina) Sarampión (1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> dosis) No pentavalente contra la DTP con combinaciones tetravalentes de OPV Pentavalente (DTP, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B) Antineumocócica Rotavirus Rubeola Tuberculosis (BCG) Tifoidea (conjugada) (rutina) Fiebre amarilla</p>

\*(PCV) A

**COMPONENTES DE LOS COSTOS Y LA FINANCIACIÓN INCLUIDOS**

Para cada una de las categorías anteriores incluidas en el análisis, se desarrollaron costos en tres segmentos: suministros para inyecciones y vacunas, distribución de vacunas (incluidos los costos de capital para el funcionamiento de la cadena de frío) y la inversión de capital en la capacidad de la cadena de frío. La distribución de vacunas y la inversión de capital en los costos de la cadena de frío luego se combinaron en una sola categoría de costos de *distribución*.

<p><b>LOS COSTOS DE DISTRIBUCIÓN PARA LOS SERVICIOS DE RUTINA INCLUYEN:</b></p> <p><b>RECURSOS HUMANOS</b> (niveles nacionales, subnacionales, de distrito y de servicios)</p> <p><b>EQUIPO DE LA CADENA DE FRÍO Y SUS GASTOS GENERALES</b> (instalaciones, energía, mantenimiento y reparaciones)</p>	<p><b>VEHÍCULOS Y TRANSPORTE</b></p> <p><b>GESTIÓN DEL PROGRAMA</b></p> <p><b>DESARROLLO DE CAPACIDAD Y CAPACITACIÓN</b></p> <p><b>MOVILIZACIÓN SOCIAL, INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN Y APOYO</b></p> <p><b>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES</b></p>	<p><b>LOS COSTOS DE DISTRIBUCIÓN PARA LAS CAMPAÑAS COMPLEMENTARIAS INCLUYEN:</b></p> <p><b>COSTOS OPERATIVOS DE LAS CAMPAÑAS</b> (incluidos los costos de respuesta epidémica)</p> <p><b>MOVILIZACIÓN SOCIAL</b></p> <p><b>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES</b></p> <p><b>ASISTENCIA TÉCNICA</b> (a nivel nacional únicamente)</p>
--	---	--

Los costos se refieren únicamente a los costos específicos de la inmunización y a los costos de recursos humanos para las personas dedicadas de manera parcial a la inmunización. Se excluyeron otros costos compartidos por el sistema de salud, como los edificios. Se incluyeron los costos totales para mantener las ganancias actuales y para las necesidades crecientes, a fin de producir un aumento durante el próximo decenio.

Se desarrollaron y agregaron proyecciones de costos país por país para las categorías de vacunas descritas en la [Tabla 2](#) que cubren el período comprendido entre 2011 y 2020. A continuación, se resumen las suposiciones y la metodología para el escenario del costo inicial. Además, se crearon situaciones inferiores y superiores. Todos los costos se presentan en dólares estadounidenses constantes de 2010.

Para cada uno de los grupos de vacunas incluidos en el análisis, se proyectaron flujos de financiación de tres fuentes de financiación: (i) los gobiernos de los países, (ii) la Alianza GAVI y (iii) otros socios de desarrollo (es decir, contribuyentes bilaterales, organismos multilaterales y agentes filantrópicos).

<sup>5</sup> La lista de vacunas se extrajo de un esfuerzo anterior llevado a cabo por la OMS en nombre de GAVI para caracterizar las vacunas según la prioridad de la salud pública. Los términos de referencia de este trabajo están disponibles aquí: [http://www.who.int/immunization/sage/Categorization\\_Activity\\_SAGE.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/Categorization_Activity_SAGE.pdf). Las conclusiones principales de este trabajo se resumen aquí: <http://fr.gavialliance.org/library/gavi-documents/strategy/vaccine-investment-strategy---executive-summary/>.

## (1) Programas de erradicación, eliminación y control acelerado de enfermedades (ADC)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) conducen la implementación de programas a nivel nacional para una variedad de esfuerzos de eliminación, erradicación y control de enfermedades para combatir las enfermedades prevenibles mediante la vacunación (indicadas en la [Tabla 10](#) más arriba). Estos programas muestran planes y predicciones en donde se detallan las actividades clave y los costos asociados con la implementación de estos programas.

Estos planes y predicciones se utilizaron como base para proyectar los costos de los suministros para inyecciones y vacunas y la distribución de vacunas para cada uno de estos programas a lo largo del decenio, además de otras actividades fundamentales necesarias para administrar los programas.

### (A) COSTOS DE LAS VACUNAS

Las poblaciones objetivo y el tiempo planificado de las campañas de vacunación para lograr los objetivos de eliminación, erradicación y control de enfermedades relevantes durante el transcurso del decenio se tomaron de los planes descritos en los programas. Estos se combinaron con los cálculos de los precios de las vacunas actuales (proporcionados por la División de Suministros de UNICEF) para crear predicciones de los costos de suministros para inyecciones/vacunas de estos programas.

### (B) COSTOS DE DISTRIBUCIÓN

Los costos de distribución para los programas de eliminación, erradicación y ADC se separaron en costos básicos incurridos principalmente por los socios de implementación para facilitar los programas, costos operativos para distribuir físicamente las vacunas y poner en práctica las campañas de vacunación y fondos de contingencia en caso de que se produzcan brotes de enfermedades.

Los costos básicos cubren las actividades fundamentales: por ejemplo para estimular la demanda (movilización social) y controlar la incidencia y prevalencia

de enfermedades (vigilancia) en países afectados. Las proyecciones de los costos básicos también se tomaron a valor nominal de los planes del programa, en los casos en los que se encontraban disponibles. Ante la ausencia de proyecciones a largo plazo para este componente de costos, se proyectaron cálculos recientes de costos básicos en función de las predicciones del programa. Los costos operativos abarcan todos los costos de ejecución aparte de las vacunas y los costos básicos para implementar una campaña de vacunación. Se utilizó información de los costos operativos específicos de cada país registrada en planes integrales de inmunización plurianuales (cMYP por sus siglas en inglés) para generar métricas que se aplicaron a las predicciones mencionadas anteriormente, a fin de proyectar los costos de ejecución de todas las campañas planificadas. Por último, los fondos para contingencias incluyen los recursos necesarios para adquirir y manejar el acopio y los fondos conservados en reserva para implementar campañas con reactivos en caso de que surjan brotes de enfermedades. Estos montos se basan en necesidades históricas y disminuyen a lo largo del tiempo, ya que se supone que los programas de erradicación, eliminación y ADC progresan hacia sus metas respectivas. Estos costos también se tomaron directamente de los planes del programa.

## (2) Programas de vacunación de rutina

### (A) COSTOS DE LAS VACUNAS

Las predicciones de demanda para las vacunas tradicionales de rutina que ya están en el mercado se calcularon país por país utilizando las predicciones de demanda existentes de la OMS, UNICEF y GAVI (Predicción de demanda estratégica, versión 4.0 y Predicción de demanda ajustada, versión 4.0). Estas predicciones de demanda luego se combinaron con los precios calculados para proyectar los costos de estas vacunas y los suministros para inyecciones relacionados. Para los países elegibles para GAVI, se utilizaron predicciones de precios similares a las de GAVI sobre una base de enfermedad por enfermedad. Para los países de ingresos medio-bajos (LMIC por sus siglas en inglés) no elegibles para GAVI en el análisis, se supuso que los precios iniciales se mantuvieron constantes en el mismo diferencial entre los precios actuales de GAVI y los precios del Fondo Rotatorio de la OMS. Mediante el uso de las predicciones de demanda y precios, se proyectaron los costos de adquisición de vacunas y suministros asociados.

**Proyectar los costos de los suministros para inyecciones y vacunas y de la distribución de vacunas para cada uno de estos programas a lo largo del decenio**

Para las vacunas que aún están en proyecto, las predicciones de demanda se desarrollaron en función de las opiniones de expertos obtenidas a través de entrevistas con representantes de la Asociación de desarrollo de productos (PDP por sus siglas en inglés) y otros grupos de interés externos familiarizados con estas vacunas en desarrollo. Los costos de adquisición previstos para estas vacunas se proyectaron aplicando estas predicciones de demanda a un precio por dosis proyectado para cada una de las vacunas de este segmento.

### (B) COSTOS DE DISTRIBUCIÓN

Los costos de distribución incluyen los componentes principales de los sistemas de distribución de servicios de inmunización de rutina: recursos humanos en todos los niveles del sistema y desarrollo de capacidades constante (capacitación); los sistemas de logística y cadena de abastecimiento necesarios para almacenar y transportar vacunas (equipo de la cadena de frío, vehículos, transporte, etc.) y el costo de gestión del programa (sistemas de información, control y evaluación, etc.), movilización social y vigilancia de enfermedades. El enfoque para calcular los costos de distribución se basó en separar los costos de distribución de servicios y los costos de distribución de vacunas.

Los costos de distribución de servicios son aquellos necesarios para implementar el programa nacional de inmunización, a fin de proporcionar los servicios de inmunización. La información proporcionada por los países en sus [cMYP](#) fue la base de los cálculos de financiación y costos de distribución. Bajo el auspicio de la Visión y estrategia mundial de inmunización (GIVS por sus siglas en inglés), los países lanzaron un proceso para planificar de manera estratégica un programa nacional de inmunización que incluye calcular los costos actuales y futuros necesarios para cumplir las metas y los objetivos de su programa. En función de la abundancia de información disponible para aproximadamente el 65 % de los países (58) del alcance, los países llevaron a cabo un ejercicio de costos ascendente mediante un enfoque de componentes estándar. De esta muestra de datos reales tomada de los países, se utilizaron costos unitarios promedio por tipología de país para atribuir los valores faltantes para el 35 % restante de los países para los cuales los cálculos de puntos no estaban disponibles. Las necesidades de aumento derivaron de una variedad de fuentes vinculadas con las proyecciones de cobertura previstas y con la manera en que los países identificaron prioridades, estrategias y necesidades dentro de sus cMYP.

El **65%**  
de los países llevó a cabo  
un ejercicio de costos  
ascendente mediante un  
enfoque de componentes  
estándar



Los costos de distribución de vacunas son aquellos necesarios para garantizar el suministro adecuado de vacunas a través del sistema de salud y para almacenar y transportar vacunas de manera segura y efectiva a través de todos los sistemas de logística y de cadena de abastecimiento de los países (desde el almacenamiento nacional de vacunas hasta un punto de distribución de servicios en un centro de salud o un puesto de prevención de brotes). En otras palabras, estos abarcaron todos los costos de la cadena de frío para almacenar vacunas (independientemente de que se trate de los gastos generales del equipo de capital o de sus gastos generales recurrentes) y la logística utilizada para transportar las vacunas (independientemente de que se trate de los gastos generales de los vehículos o de sus gastos generales recurrentes).

La predicción mundial de la OMS para la logística y la cadena de frío es la base del costo de la distribución de vacunas. La herramienta de predicciones mundiales calcula (utilizando las mismas suposiciones de predicción de demanda para las vacunas) las necesidades actuales para mantener la infraestructura existente de la cadena de frío junto con las necesidades crecientes, para aumentar las necesidades, a fin de ampliar la cobertura e introducir nuevas vacunas.

Los crecientes costos de capital de la cadena de frío se analizaron país por país. El volumen total de vacunas previsto se comparó con la capacidad de la cadena de frío a nivel nacional. Si la capacidad se proyectó para que excediera la capacidad del país en un año determinado, la cadena de frío creciente necesaria se calculó utilizando puntos de referencia de la cadena de frío de costo relevante por volumen.

Debido a su exclusiva distribución de servicios, los costos de distribución de HPV se definieron sobre la base de las conclusiones de varios proyectos de demostraciones piloto según lo informado por PATH.

Los países lanzaron un proceso para planificar de manera estratégica su programa nacional de inmunización que incluye calcular los costos actuales y futuros necesarios para cumplir las metas y los objetivos de su programa

**TABLA 11: RESUMEN DEL ENFOQUE PARA CALCULAR EL COSTO DE DISTRIBUCIÓN**



## Proyecciones de financiación

Las proyecciones de financiación se desarrollaron a través de tres fuentes principales: gasto público en salud proveniente de fuentes gubernamentales propias, financiación de la Alianza GAVI y otros socios de desarrollo. Estas proyecciones se calcularon para las vacunas descritas en la [Tabla 10](#).

### (I) FLUJOS GUBERNAMENTALES PARA LA INMUNIZACIÓN

La metodología para proyectar los flujos gubernamentales para la inmunización se basó en confiar en los datos financieros disponibles aportados por los países en sus planes nacionales de inmunización plurianuales (cMYP por sus siglas en inglés). El análisis de estos datos constituyó la base de los cálculos de financiación gubernamental para determinar los costos de las vacunas y los sistemas. En los países que no tenían cMYP, se aplicó una metodología de tipologías y financiación unitarias de manera similar a lo que se hizo del lado de los costos. Para determinar las actividades suplementarias de inmunización (por sus siglas en inglés, SIA), las tipologías se basaron en grupos demográficos dado que las inversiones per cápita por parte de los gobiernos suelen ser menores en los países medianos/grandes (es decir, con una población  $\geq 10$  millones) que en los países más pequeños (es decir  $< 10$  millones), principalmente debido a las economías de escala que se pueden aprovechar en los primeros. Para la financiación gubernamental destinada a los servicios de vacunación de rutina, en lugar de usar una tipología por grupos demográficos, se utilizaron los grupos de cofinanciación de GAVI que estratifican países, ya que estos países proporcionan una variable sustitutiva de la capacidad de financiar vacunas e inmunización. Esta tipología agrupa países de acuerdo con la siguiente clasificación: de bajos ingresos, intermedios, en proceso de independización y no incluidos en GAVI.

A grandes rasgos, el método utilizado para proyectar los flujos gubernamentales involucrados en la generación de un cálculo inicial de la financiación gubernamental para el año 2010 derivó de los datos del cMYP. Este cálculo inicial se proyectó entre 2011 y 2020 sobre la base de las proyecciones del FMI del crecimiento real del PBI. La suposición subyacente en los métodos de proyección es que el crecimiento en el presupuesto sanitario de los países crecerá al mismo ritmo que el crecimiento económico. En otras palabras, la financiación de la hipótesis base supone que, a lo largo del tiempo, los gobiernos seguirán proporcionando la misma parte del presupuesto sanitario para inmunización que en la actualidad; a pesar del hecho de que, en términos absolutos, el monto de lo que aporten los gobiernos aumentará junto con las predicciones de crecimiento económico.

En el escenario inicial, no se supuso que hubiera ninguna financiación gubernamental adicional disponible principalmente para las vacunas nuevas o en proyecto que no formaran parte de las vacunas contra epidemias básicas/tradicionales o las que reciben el apoyo económico de GAVI (p. ej., vacunas contra la malaria y el dengue).

### (II) FINANCIACIÓN DE LA ALIANZA GAVI

Para las vacunas distribuidas a través de campañas y que forman parte de actividades de ADC, pero que están financiadas por GAVI (es decir, meningitis A, fiebre amarilla, rubeola), se supuso que la Alianza GAVI cubriría los costos totales de los suministros para inyecciones/vacunas; y en cuanto a los costos operativos, se supuso que GAVI proporcionaría una financiación de al menos el equivalente a los niveles actuales (es decir USD 0.30 por persona objetivo).

Para las vacunas de rutina que reciben el apoyo económico de GAVI, se aplicaron las propias suposiciones de proyección de financiación de GAVI hasta 2020 para determinar el monto de finanzas que proporcionará GAVI para el apoyo económico a nuevas vacunas a lo largo del decenio. El análisis no incluye ninguna financiación de GAVI, que esté o que pudiera estar disponible para actividades de distribución asociadas con sistemas/programas de vacunación de rutina.

### (III) FINANCIACIÓN DE OTROS SOCIOS DE DESARROLLO

Para los programas de rutina, se utilizaron los niveles de financiación de otros socios de desarrollo específicos de cada país (en una muestra de 40 cMYP que incluyó programas con vacunas PCV, pentavalentes y rotavirus) para generar dos indicadores ponderados según la población: 1) financiación de *vacunas* a cargo de otros socios de desarrollo como una parte de la equidad sanitaria mundial (Global Health Equity, GHE); y 2) financiación de los costos de *distribución* a cargo de otros socios de desarrollo como una parte de la GHE en dos grupos demográficos (<100 millones y >100 millones) mediante el uso de STATA10. Los promedios de ponderación según la población se aplicaron a cada país del modelo en función de su grupo demográfico y se multiplicaron por la GHE para hacer una proyección durante el período. Este método supone que los niveles de apoyo económico recibido de otros contribuyentes en 2010 para la distribución de vacunas y programas de rutina relacionados con la GHE se mantienen constantes a lo largo del tiempo. Esto representa un nivel inicial de financiación de otros contribuyentes por encima de los cuales se podría agregar financiación adicional de otros socios para nuevas vacunas.

A los fines de este análisis, no se incluyó la financiación de otros socios de desarrollo aparte de las contribuciones para inmunización realizadas a través de la financiación de la Alianza GAVI.

## Desarrollo de requisitos de recursos futuros previstos

Las proyecciones de los costos de distribución y los costos de adquisición de vacunas se combinaron con las proyecciones de los flujos de financiación acumulados sobre una base anual para calcular los requisitos de los recursos crecientes/brechas de financiación sobre una base anual necesarios para ampliar de manera exitosa los programas de inmunización a nivel mundial de conformidad con los objetivos de cobertura descritos en el GVAP.

### LIMITACIONES

Este ejercicio no analiza ni pretende aproximarse al costo de la implementación del Plan de acción mundial sobre vacunas. El análisis descrito anteriormente es sólo un ejercicio para determinar el costo de adquisición de vacunas y distribución de servicios y la disponibilidad de recursos para aumentar la cobertura de vacunas existente y la introducción de nuevas vacunas durante el transcurso del decenio.

Las proyecciones de costos que surgen de este esfuerzo no incluyen los costos de los gastos generales del organismo para la implementación y el mantenimiento de GVAP; habrá recursos adicionales necesarios para esta actividad.

En este análisis, no se capturan los costos ni la financiación para la actividad de investigación y desarrollo.

En este análisis, no se capturan los costos ni la financiación para la actividad de apoyo económico y respaldo político.

El enfoque adoptado para este ejercicio se construye sobre fuentes de información existentes y la proyección mundial de las necesidades generadas por diferentes grupos (p. ej., poliomielitis, sarampión, etc.), a fin de aprovechar los mejores datos disponibles, cuando sea posible. Debido a este enfoque, es difícil asegurar la coherencia en los métodos utilizados a lo largo de todo el trabajo y una completa mitigación de los riesgos de recuento doble.

Los costos se limitan a un conjunto de países prioritarios; no obstante, las aspiraciones del Decenio de las Vacunas y del GVAP incluyen todo el mundo.

Si bien es importante reconocer las limitaciones del análisis llevado a cabo, no se considera que ninguna de las limitaciones descritas anteriormente altere la naturaleza direccional de los resultados de este ejercicio.

## Anexo 4: Suposiciones y metodología para determinar el impacto sobre la salud

Proyección de impacto total de la vacunación administrada entre 2011 y 2020, en relación con un escenario sin vacunación, para vacunas seleccionadas



**IMPACTO DE LAS PREDICCIONES DE LA VACUNACIÓN ADMINISTRADA ENTRE 2011 y 2020**

**A. RESULTADO DE DATOS DE MUESTRA**

Datos mostrados por personas vacunadas para el escenario del impacto de DoV

GRUPO	ENFERMEDAD PREVENIBLE MEDIANTE VACUNACIÓN	ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN	CANTIDAD DE MUERTES FUTURAS EVITADAS	CANTIDAD DE MUERTES EVITADAS POR 1000 PERSONAS VACUNADAS
Vacunas contra epidemias originales	Sarampión: 1.ª dosis	rutina	10.6 M	16.5
	Sarampión: 2.ª dosis	rutina	0.4 M	1.9
	Sarampión: SIA	campana	3.1 M	3.5
Vacunas nuevas o poco utilizadas	Hepatitis B	rutina	5.3 a 6.0 M	8.3
	Haemophilus influenzae tipo B	rutina	1.4 a 1.7 M	2.6
	Antineumocócica	rutina	1.6 a 1.8 M	4.3
	Rotavirus	rutina	0.8 a 0.9 M	3.1
	Virus del papiloma humano	rutina	0.5 M	15.1
	Fiebre amarilla	rutina	0.03 a 0.04 M	0.2
	Meningitis por meningococo A	campana & rutina	0.03 M	0.8
	Encefalitis japonesa	campana & rutina	0.07 M	0.1
	Rubéola	campana & rutina	0.4 M	0.4
	<b>TOTAL (2011–2020)</b>			<b>entre 24,6 et 25,8 M</b>

**B. INDICADOR**

Muertes futuras evitadas calculadas durante un período de riesgo de mortalidad en conjuntos vacunados, en relación con un escenario sin vacunación, para vacunas distribuidas durante el período comprendido entre 2011 y 2020.

**C. PAÍSES**

Para los fines de este estudio, se consideraron 94 países compuestos por todos los clasificados como países de ingresos bajos (35) o medio-bajos (57) por el Banco Mundial en 2011, además de dos países que actualmente se encuentran en el proceso de independizarse de la elegibilidad de la Alianza GAVI y que están clasificados como países de ingresos medio-altos. Debido a la disponibilidad de los datos, se omitieron 13 países con poblaciones pequeñas; esto no alterará la naturaleza direccional de este análisis.

**D. PROYECCIONES DE POBLACIÓN**

División de Población de las Naciones Unidas 2008 (hepatitis B, fiebre amarilla, meningitis por meningococo A, encefalitis japonesa, virus del papiloma humano, rubéola) o la revisión de 2010 (Haemophilus influenzae tipo b, rotavirus, Sp, sarampión).

**E. PROYECCIONES DE COBERTURA**

Predicción de demanda estratégica, versión 4.0 de GAVI del 4 de octubre de 2011; Predicción de demanda ajustada de GAVI (la Predicción de demanda estratégica, versión 4.4 de octubre de 2011 se utilizó para 73 países elegibles para GAVI). Sin embargo, para los países que no son elegibles para GAVI, se utilizó una proyección diferente.

F. VACUNAS Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN		G. ESTRUCTURA Y FUENTE MODELO	
<b>HEPATITIS B</b>	Rutina, se aplica en bebés	Centros para el control de enfermedades	Conjunto estática basada en la población de la historia natural
<b>HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B</b>	Rutina, se aplica en bebés	Universidad Johns Hopkins (modelo de la herramienta Vidas salvadas)	Conjunto estática
<b>ANTINEUMOCÓCICA</b>	Rutina, se aplica en bebés	Universidad Johns Hopkins (modelo de la herramienta Vidas salvadas)	Conjunto estática
<b>ROTAVIRUS</b>	Rutina, se aplica en bebés	Universidad Johns Hopkins (modelo de la herramienta Vidas salvadas)	Conjunto estática
<b>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</b>	Rutina, se aplica en niñas de entre 10 y 13 años	Universidad de Harvard	Conjunto estática
<b>FIEBRE AMARILLA</b>	Rutina, se aplica en bebés (luego de las SIA realizadas antes de 2011)	GAVI (Modelo de impacto y costo de largo alcance)	Cálculo de 0.2 muertes evitadas por cada 1000 vacunados de un cálculo del modelo de cohorte estática para Nigeria aplicado a la cantidad de vacunados proyectada durante el período comprendido entre 2011 y 2020
<b>MENINGITIS MENINGOCÓCICA</b>	Rutina, se aplica en bebés + una SIA única (todas las personas de entre 1 y 29 años)	GAVI (Modelo de impacto y costo de largo alcance)	Cálculo de 1.04 (SIA) y 0.08 (rutina en bebés) muertes evitadas por cada 1000 vacunados de un cálculo del modelo de cohorte estática del caso de inversión en meningitis por meningococo A aplicado a la cantidad de vacunados proyectada por cada estrategia durante el período comprendido entre 2011 y 2020
<b>ENCEFALITIS JAPONESA</b>	Rutina, se aplica en bebés + una SIA única (todos los niños de entre 1 y 15 años)	PATH	Conjunto estática
<b>RUBÉOLA</b>	SIA única v (todos los niños y las niñas de entre 9 meses y 14 años)	Centro de Infecciones de la Agencia de Protección de la Salud del Reino Unido, CDC, OMS	Conjunto dinámica
<b>SARAMPIÓN</b> Sarampión: 1.ª dosis Sarampión: 2.ª dosis Sarampión: SIA	Rutina, se aplica en bebés Rutina, se aplica en niños Variable	Departamento de Inmunización/OMS, Vacunas y agentes biológicos (2012)	Modelo dinámico de historia natural según datos de vigilancia

H. CARGA DE ENFERMEDADES SUBYACENTES	
<b>HEPATITIS B</b>	Datos de encuestas serológicas sobre antígeno de superficie de la hepatitis B previas a la vacunación (en varios países)
<b>HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B</b>	OMS/CHERG, 2008, menos de 5 muertes por neumonía (en varios países) generadas por casos de neumonía radiográfica proporcional previa a la vacunación debido a Haemophilus influenzae tipo B (estudios de investigación en 6 países)
<b>ANTINEUMOCÓCICA</b>	OMS/CHERG, 2008, menos de 5 muertes por neumonía (en varios países) generadas por casos de neumonía radiográfica proporcional previa a la vacunación debido a Sp (estudios de investigación en 3 países)
<b>ROTAVIRUS</b>	OMS/CHERG, 2008, menos de 5 muertes por diarrea (en varios países) generadas por gastroenteritis grave proporcional previa a la vacunación debido a infección de rotavirus (en varios países)
<b>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</b>	Encuestas retrospectivas previas a la vacunación en mujeres con cáncer cervical invasivo con uso de técnicas moleculares para determinar la proporción, debido al HPB y a los genotipos específicos del virus del papiloma humano (en varios países)
<b>FIEBRE AMARILLA</b>	Estudio previo a la vacunación realizado en 1993 para mostrar el impacto de la vacunación en Nigeria durante el período comprendido entre 1991 y 2026. Modelo basado en diversos estudios de cargas de enfermedades en Nigeria (un país, poco comparable con los datos de otros lugares). Solo se consideró la carga de enfermedades epidémicas. Impacto basado en el aumento marginal de cobertura desde el año anterior hasta el inicio del apoyo económico por parte de GAVI
<b>MENINGITIS MENINGOCÓCICA</b>	A partir de un estudio prospectivo de vigilancia hospitalaria previo a la vacunación realizado en Níger durante 1981 y 1996 (un país, poco comparable con los datos de otros lugares)
<b>ENCEFALITIS JAPONESA</b>	A partir de una revisión de los estudios de vigilancia basados en la población, realizada en 2011. (Algunos previos y otros posteriores a la vacunación) (en varios países)
<b>RUBÉOLA</b>	Encuestas serológicas retrospectivas de rubeola previas a la vacunación para determinar la incidencia específica de la edad (en varios países)
<b>SARAMPIÓN</b>	Tasas de mortalidad de la revisión de las Tasas de mortalidad en niños menores de cinco años, de Wolfson et al., 2009. Se supuso que las tasas de mortalidad en niños de 5 a 9 años representaron el 50 % de las tasas de mortalidad de los niños de 1 a 4 años y se supuso que las tasas de mortalidad estuvieron por encima de 0 a 10 años. La distribución etaria se obtuvo de los datos de vigilancia basados en el caso, utilizando la cobertura de la primera dosis y las regiones como covariables

# Anexo 5: Lista de todos los países y las organizaciones que contribuyeron con la elaboración del GVAP

## ORGANIZACIONES CUYOS MIEMBROS PROPORCIONARON APORTES Y COMENTARIOS AL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE VACUNAS

### ENTIDADES GUBERNAMENTALES:

Africa Regional Certification Commission, Albanian Institute of Public Health, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de México, Chinese Centers for Disease Control, Chinese National Institute for Food and Drug Control, European Medicines Agency, Federación de Planificación Familiar Estatal, Forum des parlementaires africains et arabes pour la population

et le developpement, Health Canada, Indian Department of Biotechnology, Indian National Institute of Immunology, National Primary Healthcare Development Agency of Nigeria, Paul Ehrlich Institut, President's Emergency Plan for AIDS Relief, Dutch National Institute of Public Health & Environment, Sudan National Medicines & Poisons Board, U.K. Department of Health, U.K. Health Protection Agency, U.K. National Institute of Biological Standards and Control, U.S. Army, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Defense, U.S. Department of Health

and Human Services, U.S. Department of State, U.S. Food and Drug Administration, U.S. National Institutes of Health – National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Yemen Supreme Board for Drugs.

### PROFESIONALES DE LA SALUD:

American Academy of Pediatrics, Asociación Mexicana de Pediatría, Confederación Nacional de Pediatría de México, Hôpital d' Enfants de Rabat, Indian Academy of Pediatrics, International Pediatric Association, Leiden University Medical Center, Sudan Pediatric Association, Uganda Paediatric Association.

### ACADEMIA:

Aga Khan University, American Association for the Advancement of Science, Australian National Centre for Immunisation Research & Surveillance, Banaras Hindu University, Barcelona Centre for International Health Research, Barcelona Institute for Global Health, Center Esther Koplowitz, Centre for Health Sciences Training, Research and Development, Centro para Vacunas en Desarrollo de Chile, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Chandigarh Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Christian Medical College, Chulalongkorn University, Emory University Hospital, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Fundacio Clinic per a la Recerca Biomedica, Georgia Institute of Technology, Gorgas Institute, Griffith University, Hospital Clínic, Indian Council for Medical Research, Indian International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology, Infectious Diseases Research Institute, Institut Català d'Oncologia, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Institut Pasteur, Institute of Medical Sciences, Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana, International Agency for Research on Cancer, International Centre for Diarrhoeal Disease Research Bangladesh (ICDDRDB), Jawaharlal Nehru University, Johns Hopkins

University, Jordan University Hospital, Karolinska Institute, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Lund University, Mahidol University, Makerere University, Mali's Center for Vaccine Development, Marrakech Faculté de Médecine, Maxwell School of Syracuse University, Mayo Clinic Vaccine Research Group, Medical Research Council, Menzies School of Health Research, Methodist Hospital Research Institute, Molecular Biophysics Unit Indian Institute of Science, New York Academy of Sciences, Novartis Vaccines Institute for Global Health, Oswaldo Cruz Foundation, Pakistan's National Institute of Child Health, Pakistan's National Institute of Health, Princeton University, Ragon Institute, Rockefeller University, Sandra Rotman Centre for Global Health, Tehran University of Medical Sciences, The Wharton School University of Pennsylvania, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma de Yucatán, Universidad Autónoma San Luís Potosí, Universidad del Valle de Guatemala, Universidad Peruana Cayetano Heredia, University College London, University of Alabama, University of Antwerp, University of California – San Francisco, University of Cape Town, University of Erfurt, University of Geneva, University of Goettingen, University of Hong Kong, University of Kwazulu-Natal, University of Maryland, University of

Melbourne, University of Michigan, University of Minnesota, University of Oxford, University of Philippines, University of Tennessee, University of Toronto, University of Warwick, University of Yaounde, Walter Reed/ Armed Forces Research Institute of Medical Sciences Research Unit Nepal, Wellcome Trust.

### ASOCIACIONES PARA EL DESARROLLO DE PRODUCTOS (PRODUCT DEVELOPMENT PARTNERSHIPS, PDP) RELACIONADOS CON LAS VACUNAS:

Aeras—Global TB Vaccine Foundation, Dengue Vaccine Initiative, European Vaccine Initiative, International AIDS Vaccine Initiative, International Vaccine Institute, Malaria Vaccine Development Program, Malaria Vaccine Initiative, Medicines for Malaria Venture, Meningitis Vaccine Project, Tuberculosis Vaccine Initiative.

### FABRICANTES:

Aridis Pharmaceuticals, Baxter, Bharat Biotech, BIO, Biofarma, Biological E, Bio-Manguinhos/Fiocruz, Biovac Institute, Birmex, Butantan Institute, Centro de Ingeniería y Biotecnología de Cuba, CNBG, Crucell Vaccines, Developing Countries Vaccine Manufacturers Network, GlaxoSmithKline Biologicals, Indian Immunological Limited, Inovio Pharmaceuticals, Intercell, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations, Laboratorio Emea, Merck, NasVax, Novartis Pharma

AG, Novartis Vaccine Institute for Global Health, Novavax, Pfizer, Sanofi-Aventis, Sanofi-Pasteur, Serum Institute, Shanta Biotechnics Limited, Vaxinnate Corporation, Xiamen Innovax Biotech Co. Limited, Zydus Cadilla.

#### ORGANISMOS MUNDIALES:

Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria, Alianza GAVI, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF, Naciones Unidas, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales.

#### ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO:

African Development Bank, Australian Agency for International Development, Bill & Melinda Gates Foundation, Canadian International Development Agency, European Union, Inter-American Development Bank, Japan International Cooperation Agency, Norwegian Agency for Development Cooperation, Spanish Agency for International Development Cooperation, Swedish International Development Cooperation Agency, U.K. Department for International Development, U.S. Agency for International Development.

#### SOCIEDAD CIVIL:

@Verdade, ACTION, Action for Global Health, ActionAid, Afro Global Alliance, Aga Khan Health Services, Agence de Médecine Préventive, Alternative Santé, American Association for Cancer Research, American Cancer Society, Inc., Americans for Informed Democracy, American Red Cross, American Society of Tropical Medicine and Hygiene, Asociación Lalla Salma de Lutte contre le Cancer, Association d'Assistance aux Développement, Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo – Italian Association for Women in Development, BIO Ventures for Global Health, Carlos Slim Foundation, Catholic Relief Services, Center for Global Development, Center for Strategic & International Studies, Cestas – Centro di educazione sanitaria e tecnologie appropriate sanitarie, Civil Society Human and Institutional Development Programme, Clinton Health Access Initiative, Communication for Development Centre in Nigeria, Consortium of Christian Relief and Development Associations in Ethiopia, CORE Group, Ethiopian Catholic Secretariat, European Parliamentary Forum, European Public Health Alliance, Every Child by Two, Farmamundi, GAVI CSO Constituency, German Foundation for World Population (DSW), Ghana Coalition of NGOs in Health, Global Action for Children, Global

Commission on HIV and the Law, Global Eye, Global Health Advocates, Global Health Council, Global Health Technologies Coalition, Global Poverty Project, Health Action International, Health and Rights Education Program, Health Development Consultancy Services (HEDECS), HealthNet TPO, Interact Worldwide, International Council of Voluntary Agencies, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, International HIV/AIDS Alliance, International Research Foundation for Development, Kaiser Family Foundation, Kenya AIDS NGOs Consortium, Kenya Community Health Network, Kenya Red Cross, Kid Risk, Inc., Knowledge Ecology International, Light Africa International, Lions Club International Foundation, Malaria No More, Management Sciences for Health, Millennium Development Goals Health Alliance, Médecins du Monde, Medecins Sans Frontières, Medicos del Mundo, Medicus Mundi International, Mundo Sano, Niger's Regroupement des ONGs et Associations du Secteur de la Santé, Nothing But Nets, ONE, Oxfam, Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health CSO constituency, PATH, Philippine Foundation for Vaccination, Plan International,

Planeta Salud, Policy Cures, PSI, Réseau des Plates-formes nationales d'ONG d'Afrique de l'Ouest et du Centre, RESULTS, Results for Development, Rotary International, Sabin Vaccine Institute, Save the Children, Sightsavers, Soins de Sante Primaires en Milieu Rural, Stop AIDS Alliance, Strengthening Rights and Equality by Empowering Teams, Swaasthya, Task Force for Global Health, TB Alert, Terre des Hommes, The Centre for Health Policy, The Communications Initiative, The INCLIN Trust International, Union des ONG du Togo, Union for International Cancer Control, United Methodist Church General Board of Church and Society, United Nations Foundation, U.S. Fund for UNICEF, Vaccines for Africa Initiative, Welthungerhilfe, World Vision.

#### SECTOR PRIVADO:

Applied Strategies, Bernard Fanget Consulting, Boston Consulting Group, Codexis, Dynavax, Evergreen Associates, Global Health Strategies, GMMB, John Snow, Inc., Johnson & Johnson, Kleiner Perkins Caufield & Byers, Lion's Head Global Partners, Liquidia Technologies, McKinsey & Company, MedImmune, NeoVacs, S.A., PricewaterhouseCoopers, Weber Shandwick.

#### PAÍSES QUE PROPORCIONARON COMENTARIOS AL PLAN DE ACCIÓN GLOBAL SOBRE VACUNAS:

Afganistán, Albania, Argelia, Angola, Argentina, Armenia, Australia, Austria, las Bahamas, Bangladesh, Barbados, Bélgica, Belice, Benín, Bolivia (Estado Plurinacional de), Botsuana, Brasil, Brunei Darussalam, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, Canadá, Cabo Verde, la República de África Central, Chad, Chile, China, Colombia, Congo, Costa Rica, Costa de Marfil, Cuba, Chipre, la República Democrática del Congo, Dinamarca, la República Dominicana, Ecuador, Egipto, El Salvador, Guinea Ecuatorial, Estonia, Etiopía, Finlandia, la Antigua República Democrática de Macedonia, Francia, Guyana Francesa, Gabón, Gambia, Georgia, Alemania, Ghana, Grecia, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irlanda, la República Islámica de Irán, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazajstán, Kenia, Kirguistán, Laos (República Democrática Popular), Líbano, Lesoto, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Mali, Mauritania, Mauricio, México, Mónaco, Mongolia, Marruecos, Mozambique, Birmania, Namibia, Nepal, Holanda, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Pakistán, Panamá, Papúa Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Filipinas, Polonia, Portugal, Qatar, República de Corea, Federación Rusa, Ruanda,

Santo Tomé y Príncipe, Arabia Saudita, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Singapur, Somalia, Sudáfrica, Sudán del Sur, España, Sudán, Surinam, Suazilandia, Suecia, Suiza, la República Árabe Siria, Tailandia, Timor-Leste, Togo, Trinidad y Tobago, Túnez, Turquía, las Islas Turcas y Caicos, Uganda, Ucrania, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Unida de Tanzania, Estados Unidos de América, Uruguay, Uzbekistán, Venezuela (República Bolivariana de), Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabue.

# Anexo 6: Marco de Seguimiento, Evaluación y Rendición de Cuentas para el GVAP

## Antecedentes

El Marco de Seguimiento, Evaluación y Rendición de Cuentas (M&E/A por sus siglas en inglés) es un elemento importante del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP por sus siglas en inglés). Reconociendo la importancia de seguir de cerca el progreso de la implementación del GVAP, a través de la resolución WHA 65.17 de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se resolvió solicitar informes anuales que documenten el progreso en cada reunión del Comité Regional y en la AMS, a través del Comité Ejecutivo.



**DEFINIENDO EL ALCANCE DEL MARCO DE M&E/A, EL GVAP SE REFIERE A LA NECESIDAD DE:**

**FINALIZAR** un conjunto completo de indicadores del GVAP con la metodología apropiada y las fuentes de datos para cada indicador definidas y con bases establecidas, donde sea necesario.

**INVERTIR** en mejorar la calidad de los datos y el desarrollo más sólido de los sistemas de monitoreo y evaluación en el país.

**ASEGURAR** los compromisos de todas las partes involucradas, incluyendo países, organizaciones de sociedad civil, agencias multilaterales, fundaciones privadas, asociados para el desarrollo, y fabricantes de vacunas alineados con el GVAP.

**DESARROLLAR** un mecanismo de coordinación para implementar estos compromisos a nivel mundial, regional y nacional.

**ASEGURAR** que en cada reunión anual del Comité Regional y en la AMS a través del Comité Ejecutivo se reporte el progreso alcanzado.

**El Marco de Rendición de Cuentas para la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas (ONU) para la Salud de la Mujer y el Niño.**

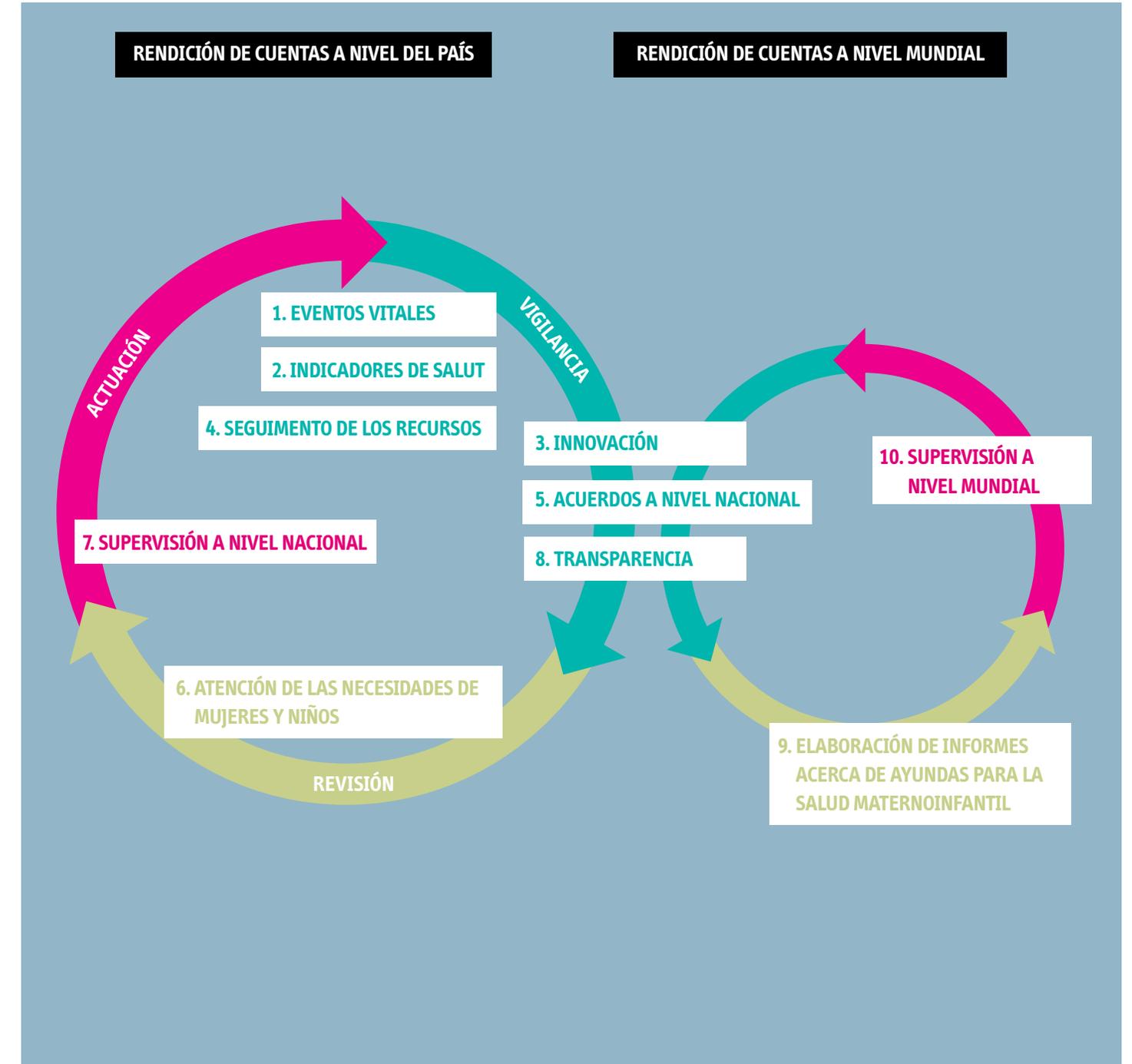
El GVAP pide aprovechar las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño y alinear el trabajo, donde sea posible, a otros esfuerzos de responsabilidad.

El Marco de Rendición de Cuentas para la Estrategia Mundial del Secretario General de la ONU para Salud de la Mujer y el Niño se refiere al proceso cíclico de seguimiento, revisión y reparación para evaluar y documentar el progreso y el éxito del documento, identificar problemas que necesiten ser rectificados y tomar acción donde y cuando se necesite. Este proceso necesita llevarse a cabo a nivel nacional, regional y a nivel mundial, como se ilustra en la Figura 1. Para tener una mejor supervisión de los avances del Grupo de Examen de Expertos (iERG por sus siglas en inglés) que informe anualmente al Secretario General de la ONU de los resultados y recursos relacionados a la Estrategia Mundial y el progreso en la implementación de las recomendaciones de la Comisión. El reporte anual del Decenio de las Vacunas que será sometido a la AMS, también será compartido con el iERG para a su vez informar su reporte anual al Secretario General de la ONU.

6 Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Cumplir las promesas. Mantener los Resultados. Organización Mundial de la Salud 2011

7 Miembros iERG [http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/iERG/members/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/members/en/)

**FIGURA 1: EL MARCO DE RENDICIÓN DE CUENTAS PARA LA ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) PARA LA SALUD DE LA MUJER Y EL NIÑO**



## Proceso para el Marco de Seguimiento, Evaluación y Rendición de Cuentas para el GVAP

Un proceso cíclico similar de revisión y recomendaciones para la acción es propuesto por el Marco de M&E/A del GVAP. El Marco además de a nivel nacional y mundial, también requiere que se implemente a nivel regional para acomodar los requisitos de reporte anual a los Comités Regionales de la OMS.

El uso de marcos similares que permitan complementar el proceso de rendición de cuentas para la Estrategia del Secretario General de la ONU para la Salud de la Mujer y el Niño y brinde oportunidades de influencia y/o utilizar estos procesos para hacer seguimiento y reporte de algunos aspectos del GVAP. En particular esto aplica al proceso de monitorear los compromisos y recursos como se describe en el documento. La Figura 2 ilustra el proceso para el Marco de M&E/A del GVAP. Directrices para lograr los compromisos bajo el proceso de rendición de cuentas para la Estrategia Mundial del Secretario General de la ONU la Salud de la Mujer y el Niño, se pueden encontrar en las webs de cada una de las organizaciones representadas por los miembros del Consejo de Liderazgo de la Colaboración para el Decenio de las Vacunas.

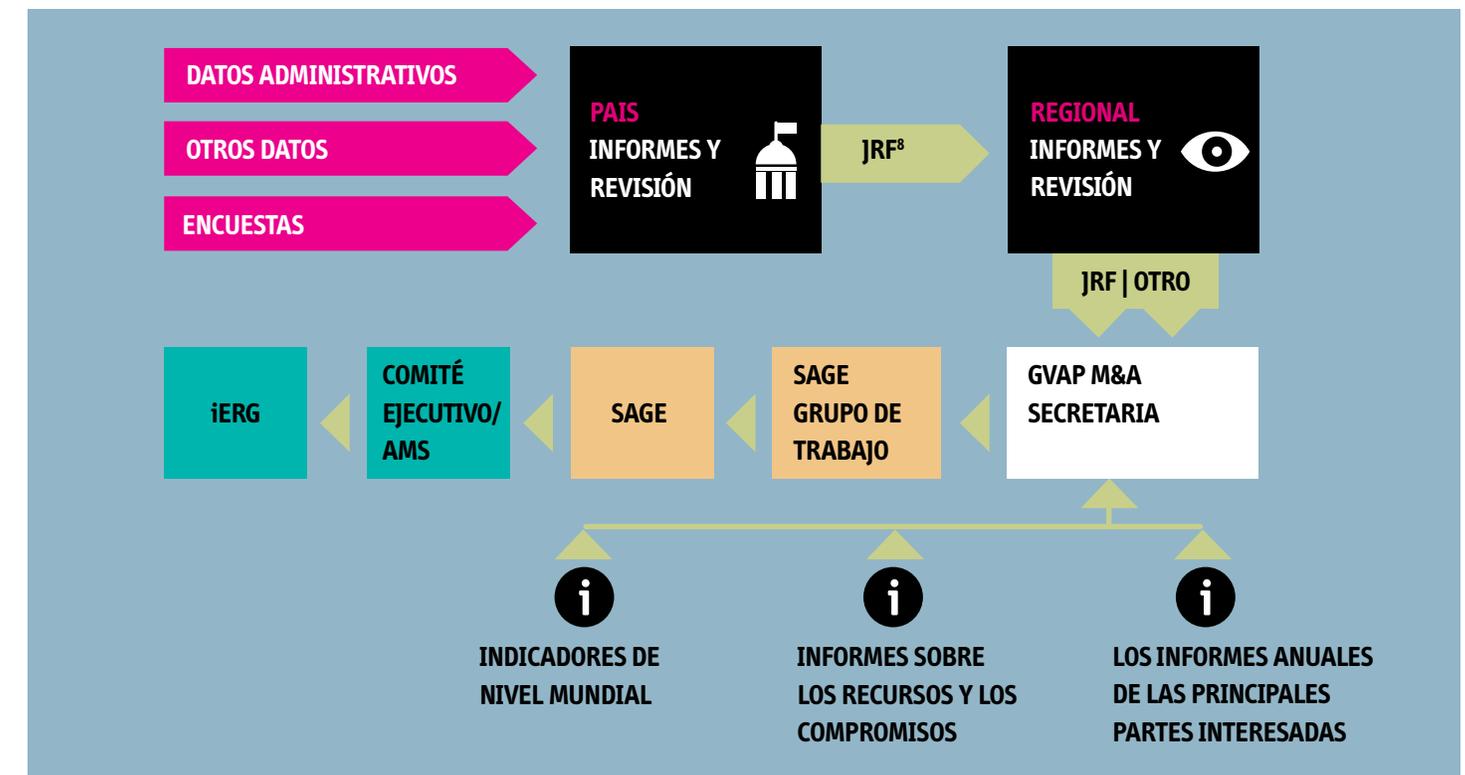
El Marco de M&E/A del GVAP será aplicado a: (1) seguimiento de los resultados (definido como progreso contra los Objetivos Generales del GVAP y los indicadores de los Objetivos Estratégicos); (2) documentar y monitorear los compromisos de las partes interesadas del GVAP y del Decenio de las Vacunas; (3) seguimiento de los recursos invertidos en vacunas e inmunización; y (4) inclusión de una supervisión independiente y revisión del progreso, a través del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por sus siglas en inglés) de la OMS, en la presentación de informes a los órganos rectores.

Un conjunto final de indicadores del GVAP (ver [Tabla 12, 13](#)) fue presentado al SAGE durante su reunión del 6 – 8 noviembre de 2012, y será presentado al Comité Ejecutivo en enero de 2013 y a la AMS en mayo 2013.

### COMPROMISOS DE SUPERVISIÓN Y RECURSOS:

El Marco de M&E/A para el GVAP también documentará y hará seguimiento los compromisos adquiridos por las partes interesadas del GVAP y de los recursos invertidos en vacunas e inmunización.

FIGURA 2: PROCESO PROPUESTO PARA EL MARCO DE M&E/A DEL GVAP.



**A NIVEL MUNDIAL:** el proceso anual de revisión será a través del SAGE, el Comité Ejecutivo de la OMS y la AMS. El reporte también será compartido con el iERG para su reporte anual sobre la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño al Secretario General de la ONU.

**A NIVEL REGIONAL:** las oficinas regionales de la OMS están desarrollando sus mecanismos de revisión para reportar a los Comités Regionales. Los Comités Asesores Regionales en Inmunización asumirán un rol similar al de SAGE a nivel mundial.

**A NIVEL NACIONAL:** los Comités Asesores sobre Prácticas de Inmunización (CAPI) y los Comités de Coordinación Interagencias también podrían asumir funciones de supervisión de los compromisos y de los recursos a nivel de país. Esto se determinará conforme los países desarrollen sus planes nacionales.

<sup>8</sup> JRF es el formulario del reporte conjunto de la OMS y de UNICEF.

TABLA 12: INDICADORES DE OBJETIVOS DEL GVAP

	1. LOGRAR UN MUNDO SIN POLIOMIELITIS			2. CUMPLIR CON LAS METAS DE ELIMINACIÓN MUNDIALES Y REGIONALES		
INDICADOR	1.1. Interrumpir, de manera global, la transmisión del poliovirus salvaje	1.2. Certificación de erradicación de poliomielitis	2.1. Eliminación del tétanos neonatal	2.2. Eliminación del sarampión	2.3. Eliminación de la rubeola/del síndrome de rubeola congénita	
DEFINICIÓN OPERATIVA	Ningún poliovirus salvaje aislado globalmente por al menos 1 año, en la presencia de supervisión de parálisis flácida aguda (Acute Flaccid Paralysis, AFP) de calidad de certificación (tasa de AFP anual no relacionada con la polio de al menos 1/100,000 de una población en < 15 años a nivel nacional y subnacional, con muestras de heces adecuadas recopiladas de al menos el 80 % de los casos de AFP)	Ningún poliovirus salvaje aislado mundialmente por al menos 3 años en la presencia de supervisión de AFP de calidad de certificación	< 1 caso de tétanos neonatal (neonatal tetanus, NT) por cada 1,000 nacimientos con vida en cada distrito y mantenimiento de la eliminación según la Planilla de datos por distrito de la OMS/UNICEF	Cantidad de regiones con 100 % de países que han declarado la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión durante un período de > 12 meses en presencia de supervisión de alta calidad.  La calidad de supervisión será evaluada según se describe en los criterios de verificación de eliminación	Cantidad de regiones con el 100 % de países que han declarado la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubeola durante un período de > 12 meses sin apariciones de casos de síndrome de rubeola congénita asociados con la transmisión endémica, en presencia de supervisión de alta calidad	
FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS	Sistemas de supervisión de AFP nacionales + datos de supervisión complementarios donde estén disponibles (supervisión ambiental o supervisión de enterovirus a través de redes de laboratorio nacionales)	Documentación nacional final sobre el estado libre de polio presentada por los Comités Nacionales de Certificación (National Certification Committee, NCC) y aceptado por las Comisiones Regionales de Certificación (Regional Commissions on Certification, RCC)	Planilla de datos por distrito de la OMS/UNICEF e informe de validación de la OMS (basado en Aseguramiento de Calidad por Lote [Lot Quality Assurance, LQA] en el distrito con peor desempeño)	Cada región tiene una comisión de verificación que revisa anualmente el estado de todos los países	Cada región tiene una comisión de verificación que revisa anualmente el estado de todos los países	
INICIO	2011: 650 casos confirmados de poliovirus salvaje, informados de 16 países	2011: Documentación nacional sobre el estado libre de polio aceptado por las RCC en 168 de 194 estados miembros de la OMS (87%)	2010 (40 países aún deben lograr la eliminación)	2010 (0/5 regiones—OPS [América], WPRO [Pacífico Occidental], EMRO [Mediterráneo Oriental], EURO [Europa], AFRO [África])	2010 (0/2 regiones—OPS, EURO)	
META	2014	2018	2015	2015: 4 regiones de la OMS 2020: 5 regiones de la OMS	2015: 2 regiones de la OMS 2020: 5 regiones de la OMS	
HECHOS CLAVE			10 países eliminaron el NT para 2012; 22 países eliminaron el NT para 2013; 36 eliminarán el NT para 2014; 40 países eliminarán el NT para 2015	Controlar el n.º y % de países en cada región que ha verificado la eliminación de enfermedades	Controlar el n.º y % de países en cada región que ha verificado la eliminación de enfermedades	



**3. CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DE COBERTURA DE VACUNACIÓN EN TODAS LAS REGIONES, NACIONES Y COMUNIDADES**

**INDICADOR**

**3.1. Alcanzar una cobertura nacional del 90 % y del 80 % en cada distrito o unidad administrativa equivalente, para las vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina**

**3.2. Alcanzar una cobertura nacional del 90 % y del 80 % en cada distrito o unidad administrativa equivalente, para todas las vacunas en programas nacionales, a menos que se recomiende lo contrario**

**DEFINICIÓN OPERATIVA**

Cifras estimativas de cobertura de inmunización nacional de la OMS y UNICEF (OMS and UNICEF Estimates of National Immunization Coverage, WUENIC)\* para cobertura nacional;

Datos de distrito:

- Aceptar los datos administrativos del Formulario de Informe Conjunto (Joint Reporting Form, JRF) si los WUENIC se basan en cobertura administrativa; informes de distritos faltantes = no se cumplió el indicador, solicitar informe;

- Si los WUENIC no se basan en cobertura administrativa, repetir la medida (al menos dos encuestas o estudios especiales para documentar la cobertura del distrito); medida temprana (de 2009 a 2015) y medida posterior (de 2016 a 2020)
- Los países pueden optar por llevar a cabo encuestas en distritos selectos de "alto riesgo" que probablemente tienen poca cobertura
- Las encuestas deben realizarse al menos dos veces en el decenio (momento inicial y otra vez) pero los países deben lograr encuestas más frecuentes

Determinación de cobertura a nivel nacional y de distrito como se definió anteriormente

El indicador rige para todas las vacunas que se utilizan para inmunizaciones universales a nivel nacional (a excepción del VPH, que se incluirá en la inmunización universal de niñas a nivel nacional)

Cobertura se refiere a la cobertura de la serie principal de vacunas

En el caso de la vacunas contra el neumococo y el rotavirus, se cubrirán con la serie principal hasta los 12 meses de edad. Para otras vacunas, se debe definir la medida exacta de cobertura, pero se realizará como se informa en las cifras estimativas de cobertura de inmunización de la WUENIC

**FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS**

WUENIC, JRF, encuestas o estudios especiales

WUENIC, JRF

**INICIO**

2010 o medida temprana

2010 o medida temprana (para datos de distritos)

**META**

2015: todos los estados miembros

2020: todos los estados miembros

**HECHOS CLAVE**

Controlar tendencias en cobertura

Controlar tendencias en cobertura

	<b>4. DESARROLLAR E INTRODUCIR VACUNAS Y METODOLOGÍAS NUEVAS Y MEJORADAS</b>				<b>5. SUPERAR LA META DEL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 4 DE REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL</b>
<b>INDICADOR</b>	<b>4.1. Autorización y lanzamiento de vacunas en contra de una o más de las enfermedades principales que actualmente no se pueden prevenir con vacunas</b>	<b>4.2. Autorización y lanzamiento de al menos una nueva tecnología de distribución por plataforma</b>	<b>4.3. Cantidad de países de ingresos bajos y medios que presentaron una o más vacunas nuevas o infrautilizadas</b>		<b>5.1. Reducir la tasa de mortalidad a menos de cinco</b>
<b>DEFINICIÓN OPERATIVA</b>	<p>La autorización está relacionada con el registro ante una Autoridad Reguladora Nacional (National Regulatory Authority, NRA) funcional</p> <p>El lanzamiento se define como la incorporación de la vacuna al calendario nacional de vacunación en uno o más países de ingresos bajos o medios (definición del Banco Mundial) y sostenido por un período de al menos 12 meses. Se excluyen las de uso exclusivo en el sector privado.</p> <p>Incluye vacunas en el calendario nacional que pueden usarse selectivamente en poblaciones "en riesgo"</p>	<p>La autorización está relacionada con el registro ante una NRA funcional</p> <p>La nueva tecnología de distribución por plataforma se define como el nuevo mecanismo para distribuir vacunas a los destinatarios, el cual facilita la cobertura, mejora el rendimiento o reduce el costo de distribución o de la vacuna, p. ej. inyectores a chorro, microagujas, aerosol, etc.</p> <p>Lanzamiento se define como la presentación de una nueva vacuna (consultar el indicador anterior)</p>	<p>Países de ingresos bajos y medios = clasificación del Banco Mundial de 2012</p> <p>La vacuna se incorpora al calendario nacional de vacunación y se utiliza por un período constante de al menos 12 meses (a excepción de aquellas usadas exclusivamente en el sector privado y no en el calendario nacional de vacunación; incluye vacunas incluidas en el calendario nacional pero para uso selectivo en poblaciones en riesgo, p. ej. gripe estacional)</p> <p>Vacuna nueva o infrautilizada se refiere a todas las vacunas que no estaban previamente en el calendario de vacunación nacional</p>		<p>Tasa de mortalidad inferior a cinco por cada 1000 nacimientos con vida</p>
<b>FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	<p>Encuestas anuales de la NRA; JRF para el lanzamiento de la vacuna; Banco Mundial para la definición de países de ingresos bajos y medios</p>	<p>Encuestas anuales de la NRA; JRF para el lanzamiento; Banco Mundial para la definición de países de ingresos bajos y medios</p>	<p>Banco Mundial, JRF</p>		<p>Grupo de Interagencias sobre las Estimaciones de Mortalidad (Interagency Group on Mortality Estimates, IGME) de las Naciones Unidas</p>
<b>INICIO</b>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>2010</p>		
<b>META</b>	<p>2020: una o más</p>	<p>2020: una o más</p>	<p>2015: al menos 90 2020: todos los países de ingresos bajos y medios</p>		<p>2015: reducción de 2/3 en comparación con 1990 2020: superar la meta de 2015</p>
<b>HECHOS CLAVE</b>	<p>Debe informarse el progreso en aumento (es decir, cantidad de productos en fase 1, 2 o 3 de ensayos clínicos) sobre el desarrollo y este debe ser evaluado por un Grupo de Reguladores Independientes (IRG)</p>	<p>Debe informarse el progreso en aumento sobre el desarrollo (es decir, cantidad de productos en fase 1, 2 o 3 de ensayos clínicos) y este debe ser evaluado por un IRG</p>	<p>Controlar las tendencias en la presentación de vacunas</p>		<p>Controlar las tendencias</p>

\* WUENIC = Cifras estimativas de cobertura de inmunización nacional de la OMS y UNICEF

**TABLA 13: INDICADORES DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL GVAP**

1			2		
INDICADOR			INDICADOR		
<b>TODOS LOS PAÍSES SE COMPROMETEN A PRIORIZAR LA INMUNIZACIÓN</b>	1.1. Enfoque en gastos internos para inmunización por persona	1.2. Presencia de un grupo consultivo técnico independiente que cumpla con los criterios definidos	<b>LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES COMPRENDEN EL VALOR DE LAS VACUNAS Y EXIGEN INMUNIZACIÓN, COMO UN DERECHO Y UNA RESPONSABILIDAD</b>	2.1. % de países que han evaluado (o medido) el nivel de confianza en la vacunación a nivel subnacional**	2.2. % de personas no vacunadas o con falta de vacunas, para el cual la falta de confianza fue un factor que influyó en la decisión**
<b>DEFINICIÓN OPERATIVA</b>	Gastos de inmunización de los recursos internos nacionales, según se informó en el Formulario de Informe Conjunto (Joint Reporting Form, JRF)  Tamaño de poblaciones destinatarias según se informó en el JRF	Comités asesores sobre prácticas de inmunización nacional que cumplan con todos los criterios de funcionalidad de la OMS  Criterios de funcionalidad según se describen en el JRF de la OMS/UNICEF	<b>DEFINICIÓN OPERATIVA</b>	Confianza en la vacunación: confianza en la utilidad y seguridad de las vacunas y en el sistema que las distribuye. La confianza en la vacuna existe en modo continuo y es uno de los factores que influyen el comportamiento, que varía desde aceptación hasta rechazo.  Determinación de si ha habido alguna evaluación (o medida) del nivel de confianza en la vacuna a nivel subnacional.	Confianza en la vacunación: confianza en la utilidad y seguridad de las vacunas y en el sistema que las distribuye. La confianza en la vacuna existe en modo continuo y es uno de los factores que influyen el comportamiento, que varía desde aceptación hasta rechazo.  Determinación del % of individuos sin vacunar o menos vacunados de lo debido en los que la falta de confianza fue un factor que influyó en su decisión (esto aplica a todas las vacunas) y si este % se midió o se estimó.
<b>FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	JRF	JRF	<b>FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS</b>	JRF	JRF
<b>INICIO</b>	Gastos informados para 2010	2010	<b>INICIO</b>	Pendiente de confirmar	Pendiente de confirmar
<b>META</b>	Aumento de la tendencia en asignaciones nacionales para los programas de inmunización nacional	Comités asesores sobre prácticas de inmunización nacional funcionales en todos los países	<b>META</b>	Aumento de la tendencia en el % de países que han evaluado el nivel de confianza en la vacunación a nivel subnacional	Disminución en la tendencia en la distribución del % de personas no vacunadas o con falta de vacunas, en el cual la falta de confianza es un factor a nivel nacional.
<b>HECHOS CLAVE</b>	Controlar e informar tendencias	Aumento de la tendencia en la cantidad de países con Comités asesores sobre prácticas de inmunización (CAPI) funcionales	<b>HECHOS CLAVE</b>	Controlar e informar tendencias	Controlar e informar tendencias

\*\* Indicador provisorio a ser finalizado según los resultados de evaluación piloto en regiones seleccionadas.

# 3

## LOS BENEFICIOS DE INMUNIZACIÓN SE EXTIENDEN EQUITATIVAMENTE A TODAS LAS PERSONAS

### INDICADOR

3.1. Porcentaje de distritos con 80 % o más de cobertura con 3 dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (diphtheria-tetanus-pertussis, DTP)

3.2. Reducción de brechas de cobertura entre quintiles de riqueza y otros indicadores de equidad apropiados

#### DEFINICIÓN OPERATIVA

El mismo proceso que el Objetivo 3 para determinar la cobertura a nivel de distrito

Determinación del índice de riqueza según lo definen las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys, DHS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (Multi-indicator cluster surveys, MICS) de UNICEF; Si se utiliza el quintil de riqueza, se debe informar la cobertura en todos los quintiles, no solo en el quintil más bajo y el más alto La recopilación de datos por medida; repetida (estudio o encuesta especial), con al menos dos medidas, medida temprana (de 2009 a 2015) y medida posterior (de 2016 a 2020)

#### FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS

JRF anual o estudios/encuestas especiales para medidas repetidas

Encuesta en el hogar o representante de estudio especial de toda la población

#### INICIO

2010 o medida temprana

Medida temprana

#### META

Todos los países con todos los distritos con una cobertura de 3 dosis de DTP ↑ al 80 % para el 2020

Meta propuesta para alinearse con las metas de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (Global Alliance for Vaccines and Immunization, GAVI): proporción de países con < 20 % de diferencia en cobertura entre el 60 % de los quintiles de riqueza para 2015 y el 75 % para 2020

#### HECHOS CLAVE

Controlar tendencias en la cantidad de países que cumplen con la meta

Aumento de la tendencia en equidad en cobertura de inmunización

# 4

## LOS SISTEMAS DE INMUNIZACIÓN SÓLIDOS SON UNA PARTE INTEGRAL DE UN SISTEMA DE SALUD EN BUEN FUNCIONAMIENTO

### INDICADOR

4.1. Tasa de deserción entre la primera dosis (DTP1) y la tercera dosis (DTP3) de las vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina

4.2. Cobertura sostenida de vacunas contra DTP de un 90 % o más durante tres años o más

#### DEFINICIÓN OPERATIVA

$((DTP1-DTP3)*100)/DTP1$

Países que mantienen una cobertura del 90 % o más durante tres años consecutivos, según WUENIC

#### FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS

WUENIC

WUENIC

#### INICIO

2010

2010

#### META

Disminución en la tendencia en la tasa de deserción

Todos los países para el año 2020

#### HECHOS CLAVE

Tendencias en tasas de deserción

Aumento de la tendencia en cantidad de países que mantienen una cobertura del 90 % o más

# 4

CONTINUADO

## INDICADOR

4.3. Datos de cobertura de inmunización evaluados como de alta calidad por la OMS y UNICEF

4.4. Cantidad de países con supervisión basada en función de casos para enfermedades prevenibles con vacuna

### DEFINICIÓN OPERATIVA

Usar evaluación cualitativa de calidad de datos en WUENIC, basada en datos informados a nivel nacional, congruencia de datos en cálculos de tamaño de la población meta y congruencia entre los cálculos estimativos provenientes de fuentes administrativas y de otro tipo (encuestas y otra información programática)

Cantidad de países que informan que establecieron supervisión en el JRF y cuyos informes están incluidos en las bases de datos de la OMS

La supervisión de enfermedades prevenibles con vacuna constará, como mínimo, de lo siguiente:

- Supervisión nacional de poliomielitis, sarampión y tétanos neonatal

### FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS

Grado de confianza de WUENIC

JRF e informes de supervisión a la OMS

### INICIO

2010

### META

Todos los países deben contar con datos de alta calidad sobre cobertura de inmunización para el año 2020

El 100 % de países para supervisión de polio y sarampión para 2015

### HECHOS CLAVE

Controlar tendencias en la cantidad de países que cumplen con la meta

Aumento de la tendencia

# 5

LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN TIENEN ACCESO SOSTENIBLE A FINANCIAMIENTO PREVISIBLE, SUMINISTROS DE CALIDAD Y TECNOLOGÍA INNOVADORAS\*\*\*

## INDICADOR

5.1. Porcentaje de dosis de vacunas utilizadas mundialmente con garantía de calidad

### DEFINICIÓN OPERATIVA

Cantidad de dosis de vacunas de calidad asegurada utilizadas en un país/ dosis totales de vacunas utilizadas en programas de inmunización nacional

Las vacunas de calidad garantizada tienen las siguientes características:

- Vacunas fabricadas en un país con una autoridad reglamentaria nacional funcional
- Vacunas precalificadas por la OMS

### FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS

JRF Evaluación del equipo de calidad, seguridad y estándares para las vacunas de la OMS

### INICIO

2010

### META

100 % de dosis de vacunas para el año 2020

### HECHOS CLAVE

Aumento de la tendencia

\*\*\*El informe de progreso también incluirá un informe descriptivo sobre el progreso del suministro, el precio y la adquisición de la vacuna.

# 6

## INDICADOR

### LAS INNOVACIONES DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO NACIONALES, REGIONALES Y GLOBALES MAXIMIZAN LOS BENEFICIOS DE LA INMUNIZACIÓN

**6.1.** Progreso con respecto al desarrollo de las vacunas contra el VIH, la tuberculosis y la malaria

**6.2.** Progreso con respecto al desarrollo de una vacuna universal contra la gripe (protección contra de las variantes de desviación y de cambio)

**6.3.** Progreso con respecto a la capacidad institucional y técnica de llevar a cabo ensayos clínicos de vacunas

**6.4.** Cantidad de vacunas que han sido reautorizadas o autorizadas para utilizarlas en una cadena de temperatura controlada (controlled temperature chain, CTC) a temperaturas por encima del intervalo tradicional de 2 a 8 °C

**6.5.** Cantidad de tecnologías de distribución de vacunas (dispositivos y equipos) que han recibido la clasificación previa de la OMS en comparación con el inicio en el año 2010

#### DEFINICIÓN OPERATIVA

Cantidad de ensayos clínicos finalizados y con resultados informados, de la vacuna contra el VIH, la tuberculosis y la malaria que evalúan eficacia clínica

Cantidad de ensayos clínicos completados e informados sobre la gripe que evalúan clínicamente la amplitud de protección

Cantidad de países por región de la OMS que hayan informado la realización de ensayos clínicos sobre vacunas que cumplan con los estándares de calidad (a especificarse)

Según se define en el indicador

Se hará un seguimiento de cuatro categorías de equipos:  
 - Refrigeradores y congeladores  
 - Refrigeradores portátiles y portadores de vacunas  
 - Paquetes refrigerantes  
 - Dispositivos de control de temperatura

#### FUENTE/RECOPIACIÓN DE DATOS

OMS; Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) y otros registros de ensayos clínicos

OMS; Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) y otros registros de ensayos clínicos

OMS; Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) y otros registros de ensayos clínicos

Informes de las NRA

Base de datos de Rendimiento, Calidad y Seguridad (Performance, Quality and Safety, PQS)

#### INICIO

Progresiva después de 2010

Progresiva después de 2010

#### META

Prueba de concepto para una vacuna que muestra una eficacia mayor o igual que el 75 % para las vacunas contra el VIH/SIDA, la tuberculosis o la malaria

Al menos una vacuna autorizada que brinde protección de espectro amplio en contra del virus de la gripe A

Cada región cuenta con una sólida base de países competentes para llevar a cabo y administrar ensayos sobre vacunas

#### HECHOS CLAVE

Informe descriptivo sobre el progreso en el desarrollo de estas vacunas

Informe descriptivo sobre el progreso en el desarrollo de estas vacunas

Aumento en la cantidad de vacunas

Aumento en la cantidad de tecnologías

El Grupo de Trabajo sobre Decenio de las Vacunas del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (Strategic Advisory Group of Experts, SAGE) que revisará el progreso anual del Plan de Acción Mundial de Vacunas (Global Vaccine Action Plan, GVAP) también considerará el desarrollo y la incorporación de indicadores que midan la equidad en el acceso a las vacunas entre países, y un indicador que controle la integración de los sistemas de inmunización en sistemas de salud más amplios.

# Agradecimientos y Contactos

Aproximadamente 1100 participantes de más 140 países (ver a continuación) y 290 organizaciones aportaron ideas, opiniones y comentarios para el Plan de acción mundial sobre vacunas.

Este documento fue desarrollado bajo los auspicios del Consejo de liderazgo de la Colaboración para el Decenio de las Vacunas, 2011–2020, compuesto por Margaret Chan (la Organización Mundial de la Salud), Anthony Lake, (UNICEF), Anthony Fauci (Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas), Seth Berkley (la Alianza GAVI), Joy Phumaphi (Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria), and Christopher Elias (Fundación Bill y Melinda Gates).



### EL COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL DECENIO DE LAS VACUNAS GUIÓ EL DESARROLLO Y EL ASESORAMIENTO DEL DOCUMENTO:

Pedro Alonso (copresidente del Comité de Dirección del DoVC, el Instituto de Salud Global de Barcelona), Ciro de Quadros (copresidente del Comité de Dirección del DoVC, the Sabin Vaccine Institute), Nicole Bates (copresidente del grupo de trabajo de Apoyo Público y Político, Fundación Bill y Melinda Gates), Zulfiqar Bhutta (Aga Khan University), Lola Dare (The Centre for Health Sciences Training, Research and Development), Helen Evans (la Alianza GAVI), Lee Hall (Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas), T. Jacob John (copresidente, Christian Medical College, Vellore, India), Jean-Marie Okwo-Bele (retirado del grupo de trabajo de Distribución, la Organización Mundial de la Salud), Orin Levine (copresidente del grupo de trabajo de Acceso Mundial, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health), David Salisbury (copresidente del grupo de trabajo de Investigación y Desarrollo, el Departamento de Salud del Reino Unido), Anne Schuchat (National Center for Immunization and Respiratory Diseases, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention), Peter A. Singer (copresidente del grupo de trabajo de Apoyo Público y Político, Sandra Rotman Centre, University Health Network and University of Toronto), Lucky Slamet (the National Agency of Drug and Food Control, Indonesia), Gina Tambini (la Orga-

nización Panamericana de la Salud), Jos Vandelaer (copresidente del grupo de trabajo de Distribución, UNICEF), y Sandy Wrobel (copresidente del grupo de trabajo de Acceso Mundial, Applied Strategies).

### OCHO GRUPOS DE TRABAJO :

(Distribución, Acceso Mundial, Apoyo Público y Privado, Investigación y Desarrollo, Costos y Financiación, Salud y Beneficios Económicos, Indicadores del Marco de Responsabilidad, Comunicaciones) que involucran a más de 100 participantes colaboraron en el desarrollo del documento. Más de 180 personas adicionales participaron en los debates del grupo de trabajo.

### LAS SIGUIENTES PERSONAS FUERON MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO:

#### MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DISTRIBUCIÓN:

Amani Abdelmoniem (Ministerio de Salud, Sudán), Mercy Ahun (la Alianza GAVI), Shams el Arifeen (ICDDR), Silvia Bino (Instituto de Salud Pública, Albania), Brent Burkholder (CDC), Pradeep Haldar (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, India), Clifford Kamara (the Sabin Vaccine Institute), Najwa Khuri-Bulos (Hospital de la Universidad de Jordania), Rebecca Martin (CDC), Susan McKinney (USAID), Robert Steinglass (John Snow, Inc.), Liang Xiaofeng (Chinese CDC), John Wecker (PATH), Simon Wright (Save The Children Reino

Unido. Más de 70 personas adicionales participaron en los debates del grupo de trabajo de Distribución, y los siguientes especialistas brindaron su ayuda al grupo: Teresa Aguado (OMS), Thomas Cherian (OMS), Rudi Eggers (OMS), Gian Gandhi (UNICEF), Ed Hoekstra (UNICEF), Steve Jarrett (UNICEF), Lidija Kamara (OMS), Patrick Lydon (OMS), Osman Mansoor (UNICEF), Carsten Mantel (OMS), Violaine Mitchell (Fundación Bill y Melinda Gates), Dragoslav Popovic (UNICEF), and Daniel Tarantola (OMS).

#### MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO DE TRABAJO DE ACCESO MUNDIAL:

Girindre Beeharry (Fundación Bill y Melinda Gates), Kim Bush (Fundación Bill y Melinda Gates), David Cook (IAVI), Gerard Cunningham (Fundación Bill y Melinda Gates), Harkesh Dabas (Clinton Health Access Initiative), Patricia Danzon (The Wharton School, University of Pennsylvania), James Droop (el Reino Unido Department for International Development), Christopher Egerton-Warburton (Lion's Head Global Partners), David Ferreira (la Alianza GAVI), Lauren Franzel (PATH), Björn Gillsater (UNICEF), Amanda Glassman (Center for Global Development), Shanelle Hall (UNICEF), Robert Hecht (Results for Development), Miloud Kaddar (OMS), Subhash Kapre (retired, the Serum Institute), Lothe Lene Jeanette (Norwegian Agency for Development Cooperation), Ian Lewis (UNICEF),

Margie McGlynn (IAVI), Julie Milstien (University of Maryland), Neeraj Mohan (Clinton Health Access Initiative), Melinda Moree (BIO Ventures for Global Health), Mary C. Muduuli (Banco Africano de Desarrollo, Raja Rao (Fundación Bill y Melinda Gates), Daniel Rodriguez (la Organización Panamericana de la Salud), Helen Saxenian (Results for Development), Meredith Shirey (UNICEF), Maya Vijayaraghavan (CDC), Melinda Wharton (CDC), Piers Whitehead (NeoVacs), Prashant Yadav (University of Michigan), Michel Zaffran (OMS). La Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg ofreció el apoyo de Kyla Hayford al grupo.

#### MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO PÚBLICO Y POLÍTICO:

Geoff Adlidge (la Alianza GAVI), Luis Barreto (retired, Sanofi Pasteur Canada), Shereen El Feki (Global Commission on HIV and the Law), David Gold (Global Health Strategies), Elizabeth Gore (UN Foundation), Jennifer Kates (Kaiser Family Foundation), Kaia Lenhart (GMMB), Jesus Lopez-Macedo (UNICEF), Adrian Lovett (ONE), Maziko Matemba (Health and Rights Education Program, Malawi), Gregory Poland (Vaccine), Kammerle Schneider (IAVI), Kamel Senouci (Agence de Medecine Preventive), Nelson Sewankambo (Makerere University), Damian Walker (Fundación Bill y Melinda Gates), Peg Willingham (UN Foundation). Más de

30 personas adicionales participaron en los debates del Grupo de Apoyo Público y Político. El grupo de trabajo recibió apoyo de Stephanie Lazar, asesora de la Fundación Bill y Melinda Gates, y de Lauren Leahy del Centro Sandra Rotman.

#### MIEMBROS PRINCIPALES DEL GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (RESEARCH & DEVELOPMENT, R&D):

Alex von Gabain (Intercell), Bruce Gellin (U.S. Department of Health and Human Services), Jesse Goodman (Food and Drug Administration), Marie-Paule Kieny (OMS), Margaret Liu (ProTherImmune), Christian Loucq (International Vaccine Institute), Adel Mahmoud (Princeton University), Tom Monath (Kleiner Perkins Caufield & Byers), Gary Nabel (National Institutes of Health), Regina Rabinovich (Bill & Melinda Gates Foundation), Rino Rappuoli (Novartis Vaccines & Diagnostics), Steve Reed (Infectious Diseases Research Institute), Adam Sabow (McKinsey & Company), Chris Wilson (Bill & Melinda Gates Foundation). Alrededor de 110 personas participaron en los debates de grupo de trabajo de R&D.

#### GRUPO DE TRABAJO TÉCNICO DE COSTOS Y FINANCIACIÓN DE DOV:

Logan Brenzel (Fundación Bill y Melinda Gates, Hugh Chang (PATH and DOVC Secretariat), Santiago Cornejo (Alianza GAVI), Eliane Furrer (Alianza GAVI), Lauren Franzel

(PATH), Gian Gandhi (UNICEF), Patrick Lydon (OMS), Carol Marzetta (Applied Strategies), Helen Saxenian (Results for Development), and Sandra Wrobel (Applied Strategies), con servicios de asesoría provistos por The Boston Consulting Group.

#### GRUPO DE TRABAJO DE SALUD Y BENEFICIOS ECONÓMICOS:

Jessica Atwell (Johns Hopkins University), Dagna Constenla (John Hopkins University), S. Deblina Datta (la Alianza GAVI), Ingrid Friberg (Johns Hopkins University), Marta Gacic-Dobo (OMS, Sue Goldie (Harvard School of Public Health), Peter Hansen (la Alianza GAVI), Lisa Lee (la Alianza GAVI), Orin Levine (John Hopkins University), Meredith O'Shea (Harvard School of Public Health), Sachiko Ozawa (John Hopkins University), Susan Reef (CDC), Meghan Stack (John Hopkins University), Peter Strebel (OMS), Chutima Suraratdecha (PATH), Steven Sweet (Harvard School of Public Health), Yvonne Tam (Johns Hopkins University), Emilia Vynnycky (Health Protection Agency), Damian Walker (Fundación Bill y Melinda Gates), Neff Walker (Johns Hopkins University), Steve Wiersma (OMS).

#### GRUPO DE TRABAJO DE LOS INDICADORES DEL MARCO DE RESPONSABILIDAD:

David Brown (UNICEF), Tony Burton (OMS), John Grove (Fundación Bill y Melinda Gates), Chung-Won Lee (CDC), Dragoslav Popovic (UNICEF),

Daniel Thornton (Alianza GAVI), con servicios de asesoría provistos por The Boston Consulting Group.

**GRUPO DE TRABAJO DE COMUNICACIONES:**

Courtney Billet (NIAID), Hayate Hasan (OMS), Hannah Kurtis (PAHO), Christian Moen (UNICEF), Jeffrey Rowland (la Alianza GAVI), Karen Lowry Miller (Fundación Bill y Melinda Gates).

La Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo de 2011 y la Junta Ejecutiva de la OMS en enero de 2012 recibieron los borradores iniciales del GVAP y proporcionaron valiosos aportes y orientación en el proceso y el contenido de GVAP.

UNICEF organizó una sesión informativa de representantes de los estados miembro de la ONU el 19 de enero de 2012 en Nueva York. El Apéndice 5 contiene una lista de todos los países y las organizaciones que contribuyeron con el documento.

La Secretaría de la Colaboración del DoV fue responsable de elaborar el Plan de acción mundial sobre vacunas en estrecha colaboración con el Comité de Dirección y los grupos de trabajo. Los miembros de la Secretaría fueron: Magdalena Robert (Directora), Altaf Lal (Director Técnico), Hugh Chang (Asesor de Copresidentes), Enric Jané (Asesor de Copresidentes), Santiago Porto (Director de Proyectos), Laura Moya (Coordinadora del grupo de trabajo para los grupos de trabajo de Distribución, Investigación y Desarrollo), Laurie Werner (Coordinadora del grupo de trabajo para los grupos de trabajo de Acceso Global y Apoyo Público y Privado), Laia Bertran (Directora de Proyectos), Richard Hatzfeld (Comunicaciones), Amy Alabaster (Comunicaciones), Dan Epstein (Comunicaciones), Joan Tallada (Coordinador de CSO),

Claudia Hernández (Asistente de Proyectos), Yolanda Amat (Asistente de Proyectos), Desirée Van der Mei (Asistente de Proyectos), Monique Shields (Asistente de Proyectos).

Los miembros del Comité de Dirección respaldan el Plan de acción mundial sobre vacunas y, en términos generales, están de acuerdo con sus conclusiones. El documento representa una visión común del Comité de Dirección e incorpora aportes de miembros de diferentes grupos de trabajo, academias, sociedades civiles y de la industria recibidos a través de diversas consultas. Naturalmente, no todas las visiones expresadas en este documento reflejan las visiones de todas las personas e instituciones que participaron en el desarrollo del plan. Las personas y las instituciones podrían tener perspectivas diferentes sobre algunos de los temas. Las visiones expresadas por las personas no representan la postura de las instituciones a las que pertenecen. Los miembros del Comité de Dirección desean agradecer públicamente a todos los grupos de interés involucrados en esta colaboración.

Para dudas acerca del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, puede dirigirse a los representantes de las agencias que integran el Consejo de Liderazgo de la Colaboración para el Decenio de las Vacunas.



Email: [media@gatesfoundation.org](mailto:media@gatesfoundation.org)



Email: [info@gavialliance.org](mailto:info@gavialliance.org)



Email: [ocpostoffice@niaid.nih.gov](mailto:ocpostoffice@niaid.nih.gov)



Email: [immunization@unicef.org](mailto:immunization@unicef.org)



Email: [vaccines@who.int](mailto:vaccines@who.int)

El Secretariado de la Colaboración para el Decenio de las Vacunas, estaba formado por:



