



**INFORME
DE LA OPS**

Lecciones aprendidas

de la introducción de la IPV
y el cambio de la tOPV a la bOPV
en la **Región de las Américas**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS **Américas**

Lecciones aprendidas de la introducción de la IPV y el cambio de la tOPV a la bOPV en la
Región de las Américas
Número de documento: OPS/FGL/17-026

© Organización Panamericana de la Salud, 2017

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Lecciones aprendidas de la introducción de la IPV y el cambio de la tOPV a la bOPV en la Región de las Américas. Washington, D.C. :: OPS; 2017.

Catalogación en la fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana 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.

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

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

INFORME DE LA OPS

Lecciones aprendidas de la introducción de la IPV y el cambio de la tOPV a la bOPV en la Región de las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Índice

Abreviaturas

6

Reconocimientos

7

Finalidad de este reporte

9

1. Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y fase final, 2013-2018	11
1.1 Introducción de la IPV y cambio sincronizado a la bOPV (“el Switch”)	12
1.2 Progreso y retos restantes	13
Certificación de las regiones de la OMS como libres de la poliomielitis	13
Cese del uso de la OPV	14
Introducción mundial de la IPV: un hito de salud pública	14
Escasez de suministros de IPV	15
.....	
2. Introducción de la IPV y el cambio en la Región de las Américas	17
2.1 Implementación de la introducción de la IPV y el Switch de vacuna	18
Apoyo técnico por parte del equipo regional de vacunación de la OPS	18
Funciones y contribuciones de otros socios	24
2.2 Introducción de la IPV: proceso, evaluación, análisis y resultados	25
Encuesta de la OPS para los países que introdujeron la IPV	25
Resultados de la encuesta	26
Lecciones aprendidas por los países	29
2.3 El cambio de la tOPV a la bOPV: proceso, evaluación, análisis y resultados	33
Encuesta de la OPS para los países que realizaron el Switch	34
Resultados de la encuesta	34
Enseñanzas extraídas por los países	39
.....	
3. Enseñanzas extraídas por la OMS y la OPS	45
3.1 Perspectiva del IMG	45
3.2 Perspectiva del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas	48
3.3 Perspectiva del equipo regional de vacunación contra la poliomielitis de la OPS	49
.....	
Bibliografía	51
.....	
Anexos	53
Anexo A: Encuesta de la OPS para los países que introdujeron la vacuna IPV	53
Anexo B: Encuesta de la OPS sobre el Switch	60

Abreviaturas

bOPV	Vacuna oral bivalente contra la poliomielitis que contiene los tipos 1 y 3
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
Plan para la fase final	Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y fase final, 2013-2018
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
GAVI	GAVI, la Alianza para las Vacunas
Hib	Haemophilus influenzae de tipo b
CICEP	Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas
IMG	Grupo de Gestión de Sistemas de Inmunización de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis
IPV	Vacuna inactivada contra la poliomielitis
mOPV2	Vacuna monovalente oral contra la poliomielitis de tipo 2
PNV	Programa nacional de vacunación
OPV	Vacuna oral contra la poliomielitis
OPV2	Vacuna oral contra la poliomielitis de tipo 2
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Fondo Rotatorio	Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas
RCC	Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas (RCC por sus siglas en inglés)
SAGE	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS
Switch	Cambio sincronizado a nivel mundial de la tOPV a la bOPV
GTA	Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS
TFGH	Grupo de Trabajo para la Salud Mundial (Universidad de Emory)
tOPV	Vacuna oral trivalente contra la poliomielitis que contiene los tipos 1, 2 y 3
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VDPV	Poliovirus derivado de la vacuna
OMS	Organización Mundial de la Salud
WPV	Poliovirus salvaje
WPV2	Poliovirus salvaje de tipo 2

Reconocimientos

La OPS quisiera dar las gracias a todos los países, a los trabajadores de salud, así como a todos aquellos que han intervenido en el proceso de introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) y en el cambio sincronizado (el “switch”) de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV), por su extraordinario compromiso y dedicación en aras de la consecución de estos objetivos.

Quisiéramos dar las gracias específicamente a los gestores del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) por poner en común su experiencia y su perspectiva con objeto de enriquecer este documento sobre el legado de la lucha contra la poliomielitis. Nuestro agradecimiento también va a las autoridades, profesionales y voluntarios que contribuyeron para el éxito de estas iniciativas en los siguientes países: Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

Un reconocimiento adicional para los Comités Nacionales de Certificación, la Comisión de Certificación Subregional del Caribe y la Comisión Regional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas, por su examen y validación de los informes finales sobre el cambio de vacuna y la destrucción de todas las vacunas de tOPV sobrantes.

La OPS quisiera agradecer también el apoyo mundial recibido de los socios de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y de todos los que han participado en el Grupo de Gestión de Sistemas de Inmunización.

Este informe fue preparado por las siguientes profesionales de la Unidad de Inmunización de la OPS:

- Cristina Pedreira, Asesora Regional de la OPS/OMS
- Barbara Jauregui, Consultora de la OPS/OMS
- Elizabeth Thrush, Especialista en Salud Pública de la OPS/OMS

El informe fue desarrollado en inglés, editado por Abigail Holister, y traducido al español por la unidad de traducción de la OPS/OMS.

El diseño del informe fue realizado por Trilce García.



**La introducción de IPV
y el Switch han sido un
esfuerzo sin precedentes,
con resultados asombrosos**

Finalidad de este informe

La introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) y el cambio sincronizado de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV) (conocido como “el Switch”) en la Región de las Américas, coordinado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), han sido un esfuerzo sin precedentes, con resultados asombrosos. Todos los países y territorios de la Región en los que se programó la introducción de la IPV y el cambio en el 2015-2016 (32 y 36 países, respectivamente)¹ consiguieron llevar a cabo las tareas necesarias de toma de decisiones, planificación, preparación, implementación y comunicación por medio de sus programas nacionales de vacunación (PNV) en el plazo establecido.

Con objeto de aprender más acerca de los factores facilitadores y los obstáculos que hubo en este singular logro, la unidad de Inmunización de la OPS llevó a cabo dos

encuestas nacionales, una al introducir la IPV y otra en el momento del cambio. La finalidad de este informe fue registrar y analizar: 1) la información recogida de los encuestados acerca de su experiencia, incluidas las enseñanzas extraídas (una parte importante del legado de la lucha contra la poliomielitis en la Región de las Américas) y 2) los procesos que condujeron a esta experiencia altamente exitosa en la introducción de IPV y el Switch. El resumen y el análisis de las enseñanzas extraídas (desde la perspectiva de los países de la Región y de la OPS/OMS y sus socios) podrían servir de guía en la introducción de otras vacunas o la retirada de vacunas actualmente en uso (por ejemplo, la bOPV, una vez que se haya logrado la erradicación de la poliomielitis) por parte de los responsables de las políticas y los especialistas en salud de la Región de las Américas y de otras regiones del mundo.

¹ Los 32 países y territorios que introdujeron la IPV en el 2015–2016 fueron Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tabago, y Venezuela. Los 19 países y territorios restantes de la Región ya habían introducido la IPV (antes del 2015).

Los 36 países y territorios que realizaron el cambio en el 2015-2016 fueron los 32 países antes mencionados más Brasil, México, Panamá y Perú. Los 15 países y territorios restantes de la Región no utilizaban la tOPV.



**Este plan
estratégico
mundial tiene
como objetivo
lograr un
mundo libre de
poliomielitis**

1. Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y fase final, 2013-2018

El *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y fase final 2013-2018* (“plan para la fase final”) fue elaborado por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis² mediante una amplia consulta con las autoridades nacionales de salud, iniciativas mundiales de salud, expertos científicos, donantes y otros interesados directos. Este plan estratégico mundial tiene como objetivo lograr un mundo libre de poliomielitis, lo que implica la erradicación y contención de todos los poliovirus salvajes (WPV), los poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) y las cepas Sabin, a la vez que se aprovecha la infraestructura del esfuerzo de la lucha contra la poliomielitis para la prestación de otros servicios de salud a los niños más vulnerables del mundo (1).

El plan para la fase final tiene cuatro objetivos principales:

1. La detección e interrupción de toda transmisión de poliovirus: Esta meta tiene por objeto detener toda transmisión de poliovirus salvajes y cualquier nuevo brote epidémico causado por un poliovirus circulante derivado de la vacuna, en un plazo

de 120 días tras la confirmación del caso índice, mediante la potenciación de la vigilancia mundial del poliovirus y la mejoría de la calidad de las campañas de vacunación contra la poliomielitis (OPV), para llegar a todos los niños y garantizar una respuesta rápida a los brotes.

2. El fortalecimiento de los sistemas de vacunación rutinaria, la introducción de la IPV y la retirada de la OPV: Este objetivo pretende

acelerar la interrupción de toda transmisión de poliovirus y ayudar a establecer un sistema más sólido para la administración de otras vacunas que salvan vidas. El éxito en la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna depende de la retirada definitiva de la OPV, empezando con la retirada del componente tipo 2 de la tOPV, que tuvo lugar en abril del 2016 con el cambio sincronizado a nivel mundial de la tOPV a la bOPV (“el Switch”). Como parte de este objetivo, antes del cambio, todos los países introdujeran en su PNV rutinario una dosis de IPV.

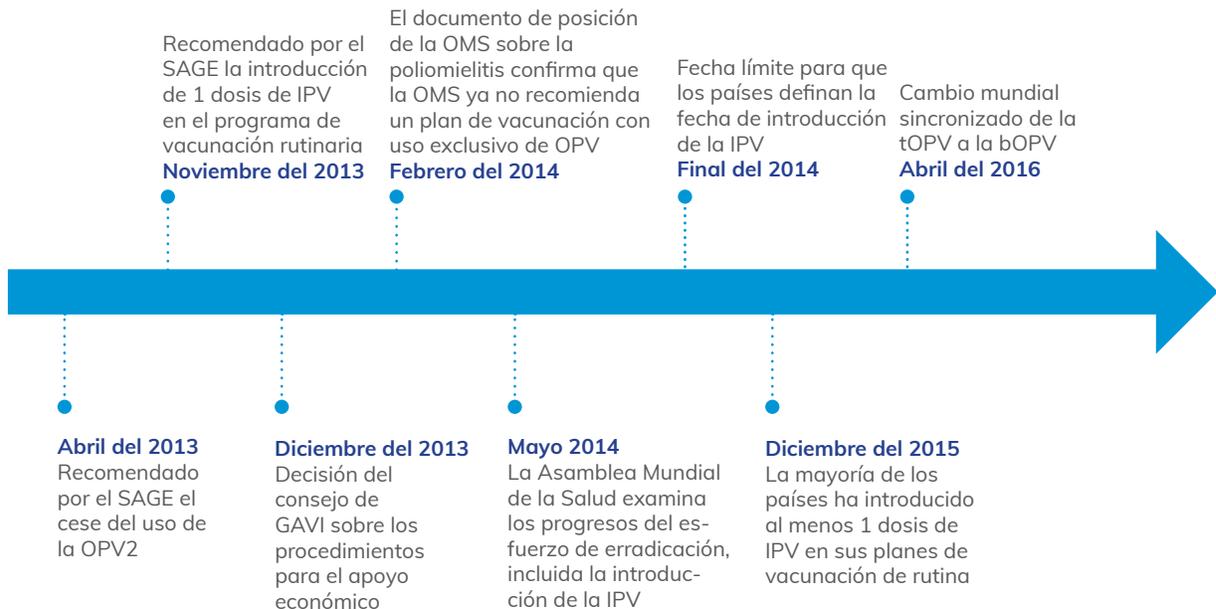
² La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis es una iniciativa de colaboración público-privada liderada por los gobiernos nacionales junto con cinco socios: la OMS, la Asociación Rotaria Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Fundación Bill y Melinda Gates.

- 3. La certificación de la erradicación y la contención de los poliovirus residuales:** Los 194 Estados Miembros de la OMS se comprometerán en la labor requerida para alcanzar este objetivo, que tiene como finalidad certificar que todas las regiones del mundo estén libres de la poliomielitis y asegurar que todas las reservas de poliovirus estén contenidas de una forma segura. Esta labor incluye alcanzar un consenso internacional con respecto a los requisitos de biocontención a largo plazo para los poliovirus. Asegurarse de que se apliquen estas normas es un elemento clave para certificar la erradicación. A lo largo del período de este plan, las seis regiones de la OMS harán que sus comisiones regionales de certificación examinen la documentación de todos los países y verifiquen la ausencia de poliovirus salvajes en presencia de una vigilancia con normas de certificación.
- 4. La planificación de la transición tras la erradicación de la poliomielitis (“planificación del legado de la lucha contra la poliomielitis”):** El objetivo final es asegurar que el mundo continúe estando libre de la poliomielitis y que la inversión en la erradicación de esta enfermedad proporcione dividendos a la salud pública de las futuras generaciones. La labor incluye aprovechar las enseñanzas de la lucha contra la poliomielitis en áreas como vacunación, contención y vigilancia, por ejemplo, en otras importantes iniciativas para salud pública y utilizar la infraestructura desarrollada en la erradicación de la poliomielitis, según corresponda. (1).

1.1 Introducción de la IPV y cambio sincronizado a la bOPV (“el Switch”)

El segundo objetivo del plan para la fase final establece que es preciso retirar toda la OPV para permitir la interrupción definitiva de toda transmisión de poliovirus, empezando por el componente de tipo 2. En el plan se recomendó que todos los países que hubieran utilizado anteriormente tan solo la tOPV introdujeran como mínimo una dosis de IPV en su programa de vacunación rutinaria antes del cambio mundial de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV), que contiene los tres tipos de poliovirus, a la vacuna oral bivalente (bOPV), que contiene tan solo los tipos 1 y 3. El objetivo de introducir al menos una dosis de IPV en el esquema de vacunación de rutina fue disponer de protección contra el poliovirus del tipo 2 en el caso de que se produjera un surgimiento de poliovirus derivados de la vacuna de tipo 2 o un fallo de la contención de este tipo de poliovirus en los laboratorios.

En el 2014, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA), de la OPS, respaldó la introducción de la IPV y el cambio de la tOPV a la bOPV en la Región de las Américas. En octubre del 2015, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE), de la OMS, confirmó un intervalo de dos semanas (desde el 17 de abril hasta el 1 de mayo del 2016) para el cambio mundial y solicitó la retirada de la tOPV del mercado mundial.

Figura 1. Cronograma de la introducción de la IPV y el Switch

Fuente: (2).

Una vez certificada la erradicación mundial de poliomielitis, cesará también el uso de la bOPV. En la figura 1 se muestra el cronograma de la introducción de la IPV, cambio y cese del uso de la OPV.

1.2 Progreso y desafíos restantes

En los últimos años ha sido evidente el gran progreso hacia la erradicación mundial de la poliomielitis, de tal manera que cada vez son más los niños de los países aún endémicos que ahora tienen una protección completa, lo que ha llevado a un número cada vez menor de casos de poliomielitis por poliovirus salvajes en todo el mundo.

Certificación de las regiones de la OMS como libres de la poliomielitis

La Región de las Américas notificó su último caso de poliomielitis en 1991, y la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas (CICEP) certificó que la Región estaba libre de la poliomielitis en 1994. En los más de 25 años transcurridos desde que se certificara la erradicación, la Región ha tenido tan solo un brote de poliomielitis, en Haití y República Dominicana (2000–2001), causado por poliovirus circulantes derivados de la vacuna tipo 1.

En el caso de la Región del Pacífico Occidental de la OMS (WPRO)

se certificó que estaba libre de la poliomielitis en el 2000, en la Región de Europa (EURO) la certificación se obtuvo en el 2002 y en la Región de Asia Sudoriental (SEARO)³ en el 2014,⁴ lo que se constituyó en un logro notable dado que en algunos países de esta Región, como en India, la enfermedad era hasta hace poco endémica. Con este último logro en la erradicación de la poliomielitis, más de 80% de población del mundo vive ahora en regiones libres de la enfermedad. El número de países con poliomielitis endémica ha descendido de 125 en 1988 a un total actual de tres (Afganistán, Nigeria y Pakistán), en los que se notificaron tan solo 37 casos en el 2016 (3).

No obstante, los niveles de cobertura de vacunación todavía no son óptimos, especialmente en las zonas inseguras y políticamente inestables. Además, dado que la poliomielitis es una enfermedad epidemiológica, la transmisión endémica continuada en estos tres países seguirá siendo una amenaza para las zonas libres de poliomielitis en todo el mundo, hasta que se haya erradicado la enfermedad.

Cese del uso de la OPV

Alcanzar la meta mundial de la erradicación de la poliomielitis, que consiste en la eliminación de todos los virus salvajes y derivados de la vacuna, requiere que, al final, se

deje de usar por completo la OPV. Sin embargo, hasta que se hayan erradicado todos los poliovirus salvajes, la mayoría de los países seguirán usando la OPV, que aún es considerada como la vacuna más eficaz contra los poliovirus salvajes. La retirada final de la OPV se hará por etapas y ya ha empezado, con la eliminación del componente de tipo 2 de la tOPV. La retirada de la OPV empezó con el tipo 2 porque no se han detectado casos de poliomielitis por poliovirus de tipo 2 desde 1999 y continuar utilizando la OPV2 comportaba más riesgos que beneficios debido a la posibilidad de resurgimiento de poliovirus circulantes derivados de la vacuna de tipo 2. De conformidad con el cronograma que se muestra en la figura 1, entre el 17 abril y el 1 de mayo del 2016, 155 países del mundo (incluidos 36 países y territorios de la Región de las Américas) llevaron a cabo simultáneamente el cambio (la retirada de la tOPV, que contiene los tres tipos de poliovirus, y la sustitución de esta por la bOPV, que solo contiene poliovirus de los tipos 1 y 3).

Introducción mundial de la IPV: un hito de salud pública

Antes de que el SAGE recomendara en el 2013 que los países incluyeran una dosis de la IPV en sus esquemas de vacunación (figura 1), 126 países del mundo (incluidos 32

³ Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Timor-Leste.

⁴ Puede consultarse información más detallada acerca de este proceso en la nota de prensa del 27 de marzo del 2014 de la Región de Asia Sudoriental de la OMS: <http://www.searo.who.int/mediacentre/releases/2014/pr1569/en/>

países del continente americano) no utilizaban la IPV. Por consiguiente, 126 países tuvieron que introducir una vacuna nueva en sus programas de vacunación rutinaria antes de finalizar el año 2015, lo cual constituye la introducción mundial más rápida y más amplia de una vacuna en la historia de la salud pública (1). Como se muestra en la figura 2, la introducción de algunas vacunas a escala mundial ha requerido más de 10 años.

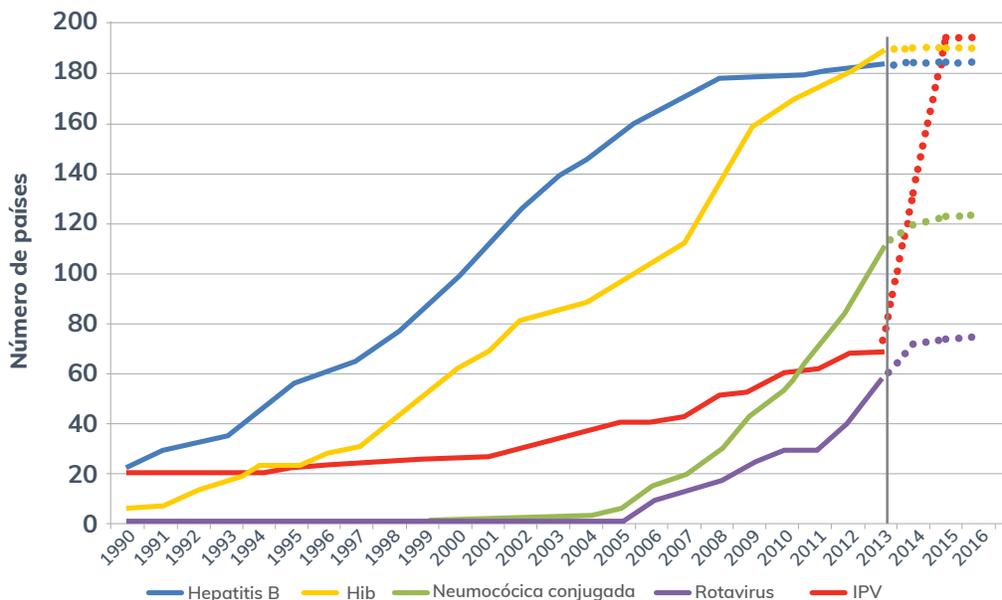
Escasez de suministros de IPV

Lamentablemente, debido a una imprevista escasez mundial de IPV, 20 países de otras regiones de la OMS (África, Mediterráneo Oriental, Europa y Pacífico Occidental) no

podieron introducir la vacuna antes de la fecha límite propuesta, y otros países (más de 30) sufrieron una escasez de IPV.

Además, aunque los 32 países de la Región de las Américas que no habían usado la IPV anteriormente pudieron introducirla entre principios del 2015 y principios del 2016, en marzo del 2017, en respuesta a la escasez mundial de la vacuna, el GTA de la OPS recomendó que los países de la Región que utilizaban más de 100.000 dosis de IPV al año pasaran a utilizar una fracción de la dosis. Puede consultarse información detallada acerca de esta recomendación en el informe final que presentó el GTA en marzo del 2017 (4).

Figura 2. Cronograma de la introducción de las vacunas contra la hepatitis B, contra Haemophilus influenzae de tipo b (Hib), antineumocócica conjugada y contra la poliomielitis con virus inactivados, por año y número de países, 1990-2013



Fuente: Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

El GTA solicitó a la OPS que convocara un Grupo de Trabajo sobre la Poliomielitis para adaptar el plan a la Región de las Américas



2. Introducción de la IPV y el Switch en la Región de las Américas

En julio de 2013, después de la elaboración del Plan para la Fase Final de la Erradicación Global de la Polio del GPEI, el GTA de la OPS solicitó que la OPS convocara un Grupo de Trabajo de Polio para adaptar este Plan para la Región de las Américas. Bajo la supervisión del GTA, se encargó a este grupo analizar: 1) las características epidemiológicas de la poliomielitis y las estrategias de vacunación en la Región; y 2) las diversas situaciones existentes en la Región respecto de la política de vacunación, dentro del contexto del esfuerzo mundial para la erradicación de la poliomielitis. Basándose en esas evaluaciones, el Grupo de Trabajo sobre la Poliomielitis formuló recomendaciones al GTA sobre cómo adaptar el plan para la fase final a la Región de las Américas, haciendo hincapié en la introducción de la IPV (5).

En un documento de posición de la OMS sobre las vacunas contra la poliomielitis, publicado en enero del 2014, se recomendó un esquema de vacunación que constaba de una serie principal de tres dosis de OPV y al menos una dosis de IPV, con una dosis adicional de la OPV al nacer para los países con endemicidad y los países con un riesgo elevado de importación de casos. También incluía los siguientes lineamientos: si se usa 1 dosis de IPV, debe administrarse a partir de las 14 semanas de edad (cuando los anticuerpos maternos han disminuido y la capacidad inmunógena es significativamente mayor) y puede administrarse conjuntamente con una dosis de OPV; los países pueden

considerar el empleo de esquemas de vacunación alternativos basados en las características epidemiológicas locales, incluido el riesgo documentado de poliomielitis parálitica asociada con la vacuna antes de los 4 meses de edad. En los países con coberturas de vacunación elevadas (por ejemplo, del 90%–95%) y un riesgo de importación bajo (países vecinos y conexiones con una cobertura de vacunación igualmente alta), puede usarse un esquema de vacunación secuencial con IPV y OPV si la poliomielitis parálitica asociada con la vacuna es un motivo de preocupación importante (6).

Basándose en estos lineamientos y en las características epidemiológicas en la Región, el Grupo de Trabajo sobre la Poliomielitis decidió que los datos existentes apuntaban a la conveniencia de recomendar la IPV como primera dosis, para obtener el máximo beneficio debido a que cerca del 50% de los casos de poliomielitis parálitica asociada con la vacuna que se producen en la Región se deben a la primera dosis de OPV (5, 7). El GTA recomendó que los países del continente americano apliquen un esquema secuencial, e incluyó los siguientes lineamientos: los países deben considerar el empleo de dos dosis de IPV seguidas de dos dosis de OPV; sin embargo, si un país está considerando el empleo de una sola dosis de IPV, esta debe administrarse junto con la primera dosis de DTP y debe ir seguida de tres dosis de OPV (8).

Antes de tomar la decisión de introducir la IPV en toda la Región, la Fundación Bill y Melinda Gates realizó un estudio inmunológico sobre el uso de una sola dosis de IPV en Chile y múltiples estudios de vacunación con combinaciones de OPV e IPV en Cuba, que constituyeron los datos clave para apoyar el proceso de toma de decisiones en la Región. Este estudio realizado en Chile evaluó la capacidad inmunógena en los lactantes después de dos esquemas de vacunación diferentes con IPV y bOPV, en comparación con un esquema en el que se utilizó únicamente la IPV. El estudio concluyó que las tasas de seroconversión frente a los poliovirus del tipo 1 y del tipo 3 después de los esquemas de vacunación secuenciales de IPV y bOPV fueron no inferiores a las observadas después de un esquema de vacunación al emplear solo la IPV, y que la proporción de lactantes con anticuerpos protectores fue alta después de los tres esquemas de vacunación estudiados (9). Además, la administración de una o dos dosis de bOPV después de la IPV reforzó la inmunidad intestinal frente al poliovirus de tipo 2, lo cual sugiere una posible protección cruzada (9). El estudio aportó también datos respecto al efecto de la memoria inmunológica para el tipo

2 con una sola dosis previa de OPV2; estos datos sugieren que, tras el uso de la mOPV2 para el control de los brotes del tipo 2 salvaje o de los poliovirus circulantes de tipo 2 derivados de la vacuna después del cambio a la bOPV, podría alcanzarse una inmunidad humoral en más de 90% de los lactantes a los que se hubiera administrado previamente una dosis de la IPV, que contiene el tipo 2 (9).

2.1 Implementación de la introducción de la IPV y el Switch de vacuna

Apoyo técnico por parte del equipo regional de vacunación de la OPS

Después de que se convocara al Grupo de Trabajo sobre la Poliomiélitis en enero y marzo del 2014 para adaptar el plan para la fase final a la situación de la Región, el GTA celebró una reunión virtual en abril del 2014. Las recomendaciones de la reunión incluyeron el apoyo a los esfuerzos renovados de erradicación de la poliomiélitis, y los objetivos de erradicación de la fase final, incluida la retirada permanente de la OPV de los programas de vacunación rutinaria y el uso de esquemas secuenciales. Además, con objeto de comprobar que se cumplieran los requisitos para la fase final de la poliomiélitis, el GTA recomendó que todos los países crearan comités nacionales de certificación integrados por expertos independientes de diferentes áreas de la salud pública (8).

Basándose en la recomendación del GTA, y en la urgente necesidad de introducir la IPV y llevar a cabo el cambio, el equipo regional de inmunización de la OPS

Contar con un plan por escrito permitió evitar una burocracia excesiva dentro del Ministerio de Salud para la introducción de la vacuna.

Ecuador

elaboró una estrategia integral de cooperación técnica. La estrategia incluyó organizar y llevar a cabo varias reuniones virtuales y presenciales, y elaborar y adaptar diferentes tipos de materiales de apoyo (documentos técnicos, materiales didácticos, y materiales y herramientas de comunicación) con objeto de potenciar al máximo las probabilidades de realizar de manera eficaz y segura tanto la introducción de la IPV como el cambio de vacuna.

La OPS aportó también una importante cooperación técnica directa, incluidas las visitas a algunos países antes de que se llevara a cabo el cambio, con el objeto de asegurar que los preparativos fueran óptimos y evitar retrasos.

Reuniones e intercambio de información. En julio del 2014, el GTA celebró una nueva reunión y reiteró sus recomendaciones relativas a las actividades de erradicación de la poliomielitis. Unas pocas semanas

más tarde, la OPS llevó a cabo una **reunión virtual** con los países para proporcionarles más información y transmitirles la necesidad de introducir la IPV en toda la Región (10). Posteriormente se convocó una reunión de un grupo de expertos en vacunación para elaborar una guía práctica de la OPS para la introducción de la IPV (2).

En noviembre del 2014, la OPS convocó la **Primera Reunión Regional sobre la Poliomielitis** presencial en Cancún (México), para tratar la ejecución del plan para la fase final 2013-2018 en la Región de las Américas, haciendo hincapié en la introducción de la IPV en los programas de vacunación rutinaria. Durante esta reunión, se difundió la guía para la introducción de la IPV (2) y se informó a los países que el suministro mundial de IPV solamente permitía la introducción de una única dosis de la vacuna en cada país (excepto en los países que ya la habían introducido en sus esquemas de vacunación, en cuyo caso dichos esquemas no se modificaron) (11).

Para el primer trimestre del 2015, la OPS había recibido el compromiso formal de llevar a cabo la introducción de la vacuna por parte de los 32 países de la Región que todavía no habían introducido la IPV. La OPS creó una nueva Comisión Regional para la Certificación (RCC) de la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas; la primera reunión de dicha comisión tuvo lugar en junio del 2015.

En agosto del 2015, la OPS convocó la **Segunda Reunión Regional sobre la Poliomielitis** en Bogotá (Colombia), para tratar del plan para la fase final

Hay retroalimentación constante entre el Ministerio de Salud y el nivel subnacional. Realizamos actividades en las que las regiones y los territorios se reunieron para tratar los temas técnicos relativos a la administración de la vacuna y la cadena de frío.

Colombia

y analizar los avances realizados en la elaboración de los planes nacionales para llevar a cabo el Switch, así como para abordar los nuevos lineamientos para la elaboración de los planes para la detección, notificación y respuesta al poliovirus de tipo 2 después del cambio (12).

En octubre del 2015, la Directora de la OPS hizo pública una **carta formal a los ministerios de salud de la Región de las Américas** en la que les informaba acerca de la declaración de la erradicación mundial del WPV2 por parte de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis, y señalaba la importancia de la declaración por lo que respecta a la preparación para la retirada por fases de la OPV, empezando con el cambio para la bOPV, precedido por la introducción de la IPV (13). En la carta también se indicaba que el SAGE había confirmado la fecha para el cambio mundial (abril del 2016) y que el liderazgo de los ministros sería crucial para este proceso (13).

La **Tercera Reunión Regional sobre la Poliomiélitis** se celebró el 30 de noviembre y el 1 de diciembre del 2015 en Brasilia (Brasil). Los objetivos de la reunión fueron aportar una actualización a los comités nacionales de certificación en lo relativo a sus funciones y responsabilidades en la fase final de erradicación de la poliomiélitis, y a los coordinadores nacionales de contención de los poliovirus acerca de sus funciones y

responsabilidades en la contención de los poliovirus. Veinticuatro países estuvieron representados en la reunión.

Materiales de apoyo. Parte del éxito de los países dependía de la disponibilidad de materiales técnicos y de comunicación para apoyar el proceso de introducción de la IPV. Debido a las limitaciones de tiempo y de recursos económicos, así como, a veces, a una falta de capacidad técnica en temas técnicos específicos, los países tienen dificultades a menudo para elaborar sus propios materiales.

Con objeto de ayudar a los países a superar este reto, y para promover el uso de materiales y mensajes de comunicación uniformes en toda la Región, la OPS elaboró su guía práctica para la introducción de la IPV (3), y adaptó y amplió los materiales elaborados por el Grupo de Gestión de Sistemas de Inmunización (IMG)⁵ de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis. Estos materiales se pusieron a disposición de los países, en formatos editables (documentos de Microsoft Word o diapositivas de PowerPoint), para permitir la adaptación según fuera necesaria, e incluían documentos técnicos, materiales didácticos y materiales de comunicación.

Documentos técnicos. La guía práctica de la OPS para la introducción de la IPV, disponible en inglés, francés y español (2), presenta información técnica pertinente y

⁵ Representantes del programa de la poliomiélitis y del programa de vacunación rutinaria de los siguientes socios principales: Fundación Bill y Melinda Gates; CDC; GAVI, Alianza para las Vacunas; Asociación Rotaria Internacional; Grupo de Trabajo para la Salud Mundial (TFGH); UNICEF y OMS.

describe estrategias para ayudar a los equipos de salud nacionales a planificar y preparar la introducción de la IPV en sus programas de vacunación rutinaria. El público principal al que va destinada la guía son los directores de programas nacionales y subnacionales y los encargados de adoptar las decisiones al respecto.

Materiales y herramientas didácticos.

La introducción de la IPV significó que cada trabajador de salud de primera línea, en todos los niveles, debía haber recibido la capacitación necesaria y debía disponer de las competencias requeridas para la administración y el registro adecuado de la IPV y para la comunicación con los cuidadores y las comunidades acerca de la poliomielitis y la IPV. Con objeto de apoyar a los países a alcanzar una capacitación adecuada de los trabajadores de salud, la OMS elaboró módulos de capacitación destinados a abordar cada una de las etapas necesarias para la introducción de la IPV (desde la “cadena de frío” hasta la administración de la vacuna, los eventos adversos y la comunicación). La OPS adaptó los materiales a la Región de las Américas y puso los módulos a disposición de los países en un formato editable para que estos pudieran adaptarlos más específicamente a sus necesidades concretas.

Los materiales didácticos sobre la IPV constan de siete módulos en PowerPoint (14):

- **Módulo 1:** *Introducción a los fundamentos de la erradicación de la*

poliomielitis y la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV)

- **Módulo 2:** *Características de la IPV y recomendaciones para su almacenamiento*
- **Módulo 3:** *Esquema de vacunación, indicaciones y contraindicaciones de la IPV*
- **Módulo 4:** *Administración de la vacuna inactivada contra la poliomielitis*
- **Módulo 5:** *Registro de la administración de la IPV*
- **Módulo 6:** *Vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización*
- **Módulo 7:** *Comunicación con los padres y cuidadores, y el personal de salud acerca de la IPV y las inyecciones múltiples*

Se elaboró otro documento de capacitación —*Aceptabilidad y seguridad de las inyecciones múltiples (15)*— para ayudar a los trabajadores de salud a comprender el importante papel que desempeñan en la aceptación de la IPV por parte del público y conocer la evidencia científica relativa a su seguridad. Este documento aporta también datos sobre la seguridad de la administración simultánea con otras vacunas, así como lineamientos para la introducción de una nueva vacuna inyectable, incluidas las respuestas apropiadas a preguntas frecuentes de los pacientes y los cuidadores, a fin de mejorar las formas de comunicación de los mensajes, como en las publicaciones que se enumeran a continuación.

Materiales y herramientas de comunicación. Se elaboraron

Tuvimos una llamada virtual con las personas encargadas de la comunicación de los países, y les explicamos el cambio y las herramientas que se tendrían para ello. La OPS autorizó a los países a adaptar los materiales según fuera necesario, lo que fue un aspecto crucial. Una comunicación interna transparente y clara fue también clave para el éxito del cambio.

**Lauren Vulanovic,
Especialista de comunicaciones, FGL/OPS**

diversos materiales y herramientas de comunicación para su uso por parte de los gestores de los PNV y de especialistas en comunicación, como la Guía para la gestión de la comunicación social en situaciones de crisis (16) y el Paquete de recursos sobre medios de comunicación (17). La Guía para la gestión de la comunicación social en situaciones de crisis se diseñó para ayudar a los países a elaborar materiales de comunicación acerca de situaciones inesperadas, e incluía orientación para: 1) presentar los fundamentos del cese del uso de la OPV y la introducción de la IPV; 2) determinar si es necesario responder o realizar una comunicación sobre una cuestión específica; 3) establecer cuáles son las mejores prácticas para la elaboración del plan y los mensajes clave; y 4) gestionar las cuestiones que requieren una reacción rápida. El Paquete de recursos sobre medios de comunicación contiene

una orientación práctica sobre:

1) la elaboración de los mensajes clave para la introducción de la IPV, incluidas las preguntas y respuestas de los portavoces; 2) la manera de evitar los errores frecuentes en las actividades de comunicación; 3) la redacción de los comunicados de prensa, y 4) la organización de una conferencia de prensa.

En el 2015, se pusieron a disposición de los países todos los materiales de apoyo en inglés, francés y español, a través del sitio web de la OPS y de las comunicaciones directas por correo electrónico con los puntos focales de vacunación de la OPS en los propios países. Además, se realizaron “exámenes generales” de los materiales mediante sesiones de capacitación virtuales y en las reuniones regionales presenciales. Los puntos focales de comunicación de la OPS en el país, junto con los puntos focales de vacunación, participaron en la elaboración de los materiales de comunicación para hacer posible un método más integrado de uso de los materiales en cada entorno local. Dado que en la Región se hablan múltiples idiomas, los debates y las sesiones de capacitación contaron con interpretación simultánea.

Lineamientos. La OMS envió los lineamientos para el cambio a la sede de la OPS, en donde fueron traducidos y luego puestos a disposición de los países. La OPS pidió a los países que presentasen sus planes para el cambio antes de mediados del 2015 para que pudieran ser examinados por el equipo regional de vacunación de

Figura 3. Actividades e hitos seguidos por el panel de control de la OPS para garantizar un Switch seguro

N°	Trimestre	Hito	Actividad
1	2015, T-2		Primer inventario de las reservas de la tOPV
2	2015, T-2	*	Conformación del Comité Nacional de Certificación
3	2015, T-3		Estimación de necesidades de vacuna de tOPV hasta abril del 2016
4	2015, T-3	*	Estimación de necesidades de vacuna de bOPV para 2016
5	2015, T-3	*	Elaboración y aprobación del plan nacional para el Switch, incluyendo cronograma y presupuesto
6	2015, T-3	*	Licencia de bOPV previa a llegada de la vacuna, si es necesario
7	2015, T-3		Establecer el comité de coordinación nacional
8	2015, T-3		Establecer el comité de coordinación municipales (departamentales)
9	2015, T-3		Establecer el comité de coordinación municipales (departamentales)
10	2015, T-3		Revisar la normas del país para la destrucción de la vacuna e identificar los centros de destrucción
11	2015, T-4		Elaboración del plan de capacitación
12	2015, T-4	*	Elaboración del material de capacitación dirigido al personal de salud
13	2015, T-4		Elaboración del material de capacitación dirigido a instituciones y organizaciones involucradas en el proceso
14	2015, T-4		Taller con las autoridades de salud y responsables técnicos del nivel departamental
15	2015, T-4		Taller con las autoridades de salud y responsables técnicos del nivel municipal
16	2015, T-4	*	Identificación de profesionales que apoyen técnicamente el proceso del Switch
17	2015, T-4		Adecuación de los formularios y de los sistemas del registro de dosis de vacunas aplicadas
18	2015, T-4		Evaluar la capacidad de almacenamiento de vacunas en todos los niveles de la cadena de frío
19	2015, T-4		Segundo inventario tOPV
20	2015, T-4	*	Elaboración de un plan de retirada y destrucción de la tOPV
21	2015, T-4		Diseño de un autoadhesivo sencillo que indique: "NO USAR LA tOPV"
22	2015, T-4		Elaboración del plan de supervisión
23	2015, T-4		Elaboración del plan de distribución de la bOPV
24	2016, T-1	*	Recursos financieros disponibles en todos los niveles
25	2016, T-1	*	Selección y capacitación de los supervisores del Switch
26	2016, T-1	*	Capacitación de los trabajadores de salud en todos los niveles
27	2016, T-1	*	Recibimiento de la bOPV en el nivel nacional
28	2016, T-1		Notificación a los departamentos y municipios sobre los centros de eliminación más cercanos
29	2016, T-1	*	Verificación del estado de preparación de los centros de eliminación
30	2016, T-1		Capacitación de los monitores independientes del Switch
31	2016, T-1	*	Distribución de bOPV y formularios de registro a todo los niveles
32	2016, T-2 Switch	*	Retirar todas las tOPV de la cadena de frío y colocar en cajas/bolsas con etiquetas adhesivas "NO USAR LA tOPV"
33	2016, T-2 Switch		Devolución de todas las tOPV de los puestos de vacunación al municipio
34	2016, T-2 Switch	*	Envío de todas las tOPV al sitio de destrucción más cercano
35	2016, T-2 Switch		Supervisión de la retirada de tOPV e introducción de la bOPV
36	2016, Validación		Consolidación de los informes de los supervisores del Switch
37	2016, Validación	*	Validación de campo por los monitores independientes del Switch
38	2016, Validación		Elaboración del informe final del Switch
39	2016, Validación	*	Envío del informe final del Switch al Comité Nacional de Certificación
40	2016, Validación		Redacción de la declaración que confirma la retirada y destrucción de todas las tOPV
41	2016, Validación	*	Envío la declaración que confirma la retirada y destrucción de todas las tOPV

la OPS con objeto de asegurar que dichos planes fueran completos.

Panel de control. La OPS creó también un panel de control para supervisar la ejecución por parte de los países de las actividades clave de preparación para la introducción de la IPV y el Switch. Se pidió a los representantes de los países que actualizaran la información del panel cada mes con la información más reciente acerca del estado de estas actividades. En el panel se mostraron 41 actividades y su período óptimo de ejecución para garantizar el cambio seguro de vacuna, con lo cual era posible detectar de forma rápida cualquier parte del programa que se atrasara con respecto a lo programado o que requiriera una mayor atención. De las 41 actividades, 18 fueron consideradas “hitos”, es decir, pasos importantes que una vez completados ayudaban a asegurar el éxito del cambio, o que de no haberlos completado se habría comprometido la seguridad del cambio de la vacuna en el país y, en consecuencia, en la Región. Esta

herramienta resultó útil para los miembros de la Comisión Regional de Certificación y de los Comités Nacionales de Certificación, para los directivos y el personal del PNV, y para la OPS para dar seguimiento a los avances y detectar dificultades o retrasos. En figura 3 se muestra los pasos e hitos del panel de control

Funciones y contribuciones de otros socios

El notable éxito de la introducción de la IPV y el Switch en la Región de las Américas no hubiera sido posible sin el apoyo de varios socios internacionales y regionales, en particular mediante la colaboración de los socios del IMG, entre los que se encuentran la sede de la OMS, el UNICEF, los CDC, el TFGH y la alianza Gavi. Estos organismos prestaron un valioso apoyo a la Región, incluida el soporte técnico y/o económico para la toma de decisiones, la planificación y preparación, la implementación y la validación, tanto de la introducción de la IPV como del Switch.

La Oficina Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe desempeñó un papel importante en la promoción de la causa, la movilización social, y la preparación y validación del Switch.

El apoyo económico de múltiples fuentes internacionales se canalizó a través de la GAVI y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para algunos países. Estos fondos permitieron resolver los elementos deficitarios en los presupuestos nacionales para la introducción de la IPV y el Switch,



Equipo encargado de la eliminación de la tOPV
Colombia 2016

principalmente por lo que respecta a la coordinación, la planificación y preparación, la movilización social, la promoción, la capacitación, los recursos humanos y la evaluación.

Algunos países informaron haber recibido apoyo técnico y económico adicional de otros socios, como la Asociación Rotaria Internacional, que desempeñó un papel importante en la promoción de la introducción de la IPV y en el monitoreo independiente del Switch.

2.2 Introducción de la IPV: proceso, evaluación, análisis y resultados

Diecinueve países de la Región de las Américas ya estaban usando la IPV en su esquema de vacunación nacional cuando el GTA recomendó introducirla en toda la Región en el 2014. Los 32 países y territorios restantes introdujeron la IPV en los dos años siguientes (22 en el 2015 y

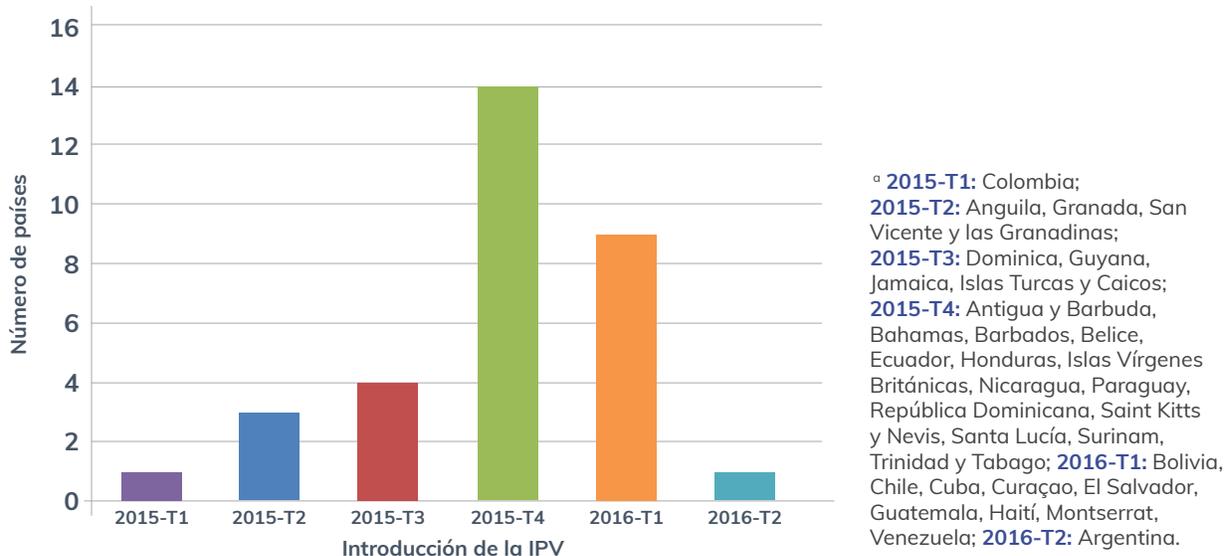
10 en los cuatro primeros meses del 2016). En la figura 4 se muestran los nombres y el número de países que introdujeron la IPV en cada trimestre durante el 2015-2016.

Aunque 12 países se habían propuesto inicialmente introducir más de una dosis de IPV, debido a la escasez mundial de la vacuna el equipo regional de vacunación de la OPS recomendó en último término el uso de solo una dosis de IPV en todos los países (excepto los que ya estaban usando un esquema de vacunación con dosis múltiples de IPV antes del 2015).

Encuesta de la OPS para los países que introdujeron la IPV

Con objeto de analizar el proceso de implementación, en marzo del 2016, la OPS envió por correo electrónico una encuesta sobre la introducción de la IPV a los 32 países de la Región que la habían completado

Figura 4. Cronograma de la introducción de la IPV: número de países por trimestre (T), Región de las Américas, 2015-2016^a



en el 2015 o el 2016 como parte del plan para la fase final. La encuesta (anexo A) iba dirigida a los puntos focales de inmunización de la representación de la OPS en cada país, con la solicitud de que el equipo del PNV la respondiera y la devolviera a la sede de la OPS en el plazo de un mes. De las 31 preguntas de la encuesta, 11 requerían una respuesta nominal (de selección múltiple) o una respuesta descriptiva breve (por ejemplo, tiempo dedicado al proceso de toma de decisiones, fecha de introducción de la IPV, etc.). Las otras 20 preguntas permitían respuestas libres y solicitaban una respuesta descriptiva más amplia acerca del proceso de introducción de la IPV, incluidos los aspectos con un efecto neutro, los elementos facilitadores y los obstáculos observados.

De los 32 países de la Región que introdujeron la IPV en el 2015–2016, todos, excepto Montserrat, respondieron a la encuesta. Los 31 países que respondieron incluían 17 países de habla inglesa del Caribe, un país francoparlante (Haití) y 13 países de habla hispana de América Latina y del Caribe hispanoparlante.

Los asociados fueron OPS, UNICEF, Club Rotario, y el Ministerio de Salud, lo cual tuvo que lidiar los distritos; todos los funcionarios administrativos del gobierno estuvieron muy involucrados.

Surinam

De los 31 países que respondieron, 15 fueron países insulares y 16 fueron países no insulares. Esta información es útil para poner en contexto los resultados, ya que los países insulares tienen unos mecanismos técnicos y operativos específicos que los diferencian de los países no insulares. Por ejemplo, la mayoría de los países del Caribe no disponen de un comité asesor de prácticas de inmunización, y algunos países tienen dificultades especiales de logística y comunicación a causa de sus características geográficas.

Resultados de la encuesta

Se presentan a continuación los resultados principales de la encuesta por categoría (toma de decisiones, planificación y preparación, introducción de la IPV y comunicaciones). Se usó un análisis cualitativo del contenido para evaluar la respuesta a las preguntas de respuesta libre. Una limitación del estudio que es preciso señalar es que todos los países respondieron a la encuesta en marzo del 2016, a pesar de que la vacuna se introdujo en diferentes momentos (por ejemplo, algunos países introdujeron la IPV en una fecha cercana a la encuesta, mientras que otros lo hicieron hasta un año antes), lo cual implica la posibilidad de pueda haber sesgos de memoria y de otro tipo.

Toma de decisiones

Uno de los mayores éxitos de la introducción de la IPV en la Región fue la rapidez sin precedentes con la que los países adoptaron la vacuna después de la recomendación de la

Con el apoyo del Ministerio de Salud, determinamos los socios estratégicos clave que podían apoyarnos en todo el proceso, y las asociaciones de pediatría, junto con un líder político-técnico, fueron de enorme ayuda a este respecto. Tener a este líder como presidente del comité fue muy útil, y luego fuimos a presentar el plan a los profesores de todas las universidades y a las asociaciones de pediatría de las principales provincias.

Nicaragua

Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y del GTA. De los 31 países, 26 (86%) tomaron la decisión de introducir la IPV en seis meses o menos, y 17 de ellos tardaron tan solo de uno a tres meses en introducirla.

Cerca de la mitad de los países que respondieron a la encuesta (15 de 31) dijeron que el PNV fue el único iniciador del proceso de toma de decisión. Los 16 países restantes dijeron que el PNV y el Ministerio de Salud habían iniciado conjuntamente el proceso. Varios países mencionaron el Ministerio de Salud (7 de 31) y las asociaciones de profesionales (6 de 31) como entidades nacionales que prestaron apoyo al proceso decisorio. Veinticuatro de los 31 países afirmaron que recibieron el apoyo de la OPS y de otras 12 entidades internacionales y regionales. No es de extrañar que casi todos los países (29 de 31) afirmaran que las autoridades del Ministerio de Salud tuvieron la última palabra

en la decisión de introducir la IPV. Solo tres países indicaron que la Presidencia o el Ministerio de Finanzas (o ambos) participaron en la decisión final.

A pesar del mandato de la Asamblea Mundial de la Salud de introducir la vacuna, y de la recomendación del GTA que respaldaba esa introducción, varios países decidieron consultar a su comité asesor sobre prácticas de inmunización antes de tomar la decisión final. La mayoría de los países no insulares de la Región (13 de 15) hicieron intervenir a su comité asesor sobre prácticas de inmunización en el proceso, mientras que la subregión del Caribe decidió tratar el tema en la reunión de gerentes de los PAI, con lo que se obtuvo un aval subregional tanto para la introducción de la IPV como para el cambio.

Sorprendentemente, la mayoría de los países de la Región (21 de 31) no notificaron dificultad alguna en el proceso decisorio respecto a la

introducción de la IPV. Solo cuatro países mencionaron los problemas económicos como una complicación.

El compromiso mundial fue el factor mencionado con mayor frecuencia como elemento facilitador de la decisión de introducir la IPV (informado por 9 países, es decir, 29%), seguido del apoyo y compromiso político nacional (6 países, es decir, 19%), la recomendación del GTA (5 países, es decir, 16%) y la disponibilidad de datos que respaldaran la justificación del cambio (4 países, es decir, 13%).

La decisión de introducir la IPV fue difundida por los medios de comunicación en casi la mitad de los países (14 de 31); el medio más popular fue la radio, seguida de los periódicos y luego la televisión. En la mayoría de los países que anunciaron la decisión a través de los medios de comunicación (9 de 14), la cobertura de estos medios

tuvo un carácter positivo, pero en unos pocos (3 de 14 países) los medios expresaron cierta inquietud acerca de agregar una inyección más a las consultas de los niños sanos o manifestaron una opinión neutra acerca de la introducción (2 de 14 países).

Planificación y preparación

Dos terceras partes de los países (20 de 31) no necesitaron hacer ningún cambio en la infraestructura del PAI para prepararse para la introducción de la IPV, y el tercio restante (11 de 31) sí tuvo que hacer cambios. Los cambios necesarios incluyeron ampliar la cadena de frío (6 de 11 países) y actualizar los registros de vacunación y los formularios de información para incluir en ellos la IPV (4 de 11 países).

Para preparar a los trabajadores de salud para la introducción de la vacuna, los 31 países recurrieron a la capacitación presencial, y la mayoría de los países (29 de 31) usaron materiales impresos. Un tercio de los 31 países llevaron a cabo reuniones virtuales, y unos pocos usaron otras estrategias como las teleconferencias.

La mayoría de los países (26 de 31) recibieron apoyo técnico, cerca de la mitad de los países (15 de 31) recibieron apoyo económico y cinco países recibieron apoyo logístico.

Introducción de la vacuna

Aspectos logísticos. De los 31 países que respondieron a la encuesta, 25 introdujeron la IPV simultáneamente en todo el país y seis la introdujeron en fases. Los países que realizaron una introducción progresiva de la IPV

El personal estaba muy preocupado por el hecho de que tuviéramos que agregar otra vacuna inyectable. Por ello, hicimos una demostración práctica a los supervisores regionales de cómo aplicar al niño las dos inyecciones al mismo tiempo; los supervisores la grabaron con sus teléfonos y se la llevaron a sus respectivos centros de salud. Eso les dio tranquilidad a todos.

Guyana

Dispusimos de un plan de comunicación para esto, de manera que hubo folletos y carteles impresos para informar al público en general; trabajamos con la Asociación Rotaria de Surinam para obtener ayuda para el financiamiento y organizamos una caminata por la poliomielitis a fin de crear una mayor concientización con respecto a las vacunas, especialmente las vacunas contra la poliomielitis. Luego hicimos un lanzamiento de la introducción de la IPV para destacar la primera vacunación realizada con esta vacuna, que tuvo lugar en un hospital, con presencia del Ministro, así como de representantes de la OPS y UNICEF...

Surinam

fueron Barbados, Bolivia, Guyana, Haití, Saint Kitts y Nevis y Surinam. En cerca de dos terceras partes de los países (22 de 31), la introducción de la IPV significó que los niños recibieran tres vacunas inyectables (en vez de dos) en una única consulta.

Comunicaciones

La transmisión de los mensajes relativos a la introducción de la IPV a progenitores y cuidadores se realizó principalmente mediante materiales impresos (10 de 31 países) y conversaciones en persona (6 países); un país usó también la radio. Los trabajadores de salud solo recibieron materiales impresos (10 países) y comunicaciones en persona (5 países). El público general recibió mensajes acerca de la introducción de la IPV principalmente mediante la radio (16 países) y materiales impresos (13 países), así como por programas de televisión (7 países).

Un número sorprendentemente grande de países (24 de 31) afirmó que no percibieron dificultad alguna

en las comunicaciones acerca de la introducción de la IPV. De los siete países que sí mencionaron estas dificultades, cuatro afirmaron que se debieron al cambio de una vacuna administrada con gotas a otra administrada con una inyección.

En cerca de dos terceras partes de los países (22 de 31), el público tuvo una reacción positiva a la introducción de la IPV. Los representantes de nueve de los países afirmaron que el público mostró cierta inquietud inicialmente, pero que tras las actividades de comunicación, aceptó bien el cambio.

Lecciones aprendidas por los países

A partir de las respuestas de la encuesta acerca de los factores facilitadores y los obstáculos en el proceso de introducción de la IPV, surgieron varios temas. Se presenta a continuación un resumen de los factores positivos y negativos encontrados.

Factores facilitadores

En términos generales, las cuestiones predominantes por lo que respecta a los factores facilitadores de la introducción de la IPV fueron las siguientes: 1) compromiso, participación o convencimiento de los diferentes interesados directos; y 2) conocimiento acerca de la vacuna por parte de los diferentes interesados directos. En cuanto a contribuciones específicas, el apoyo que proporcionó la OPS a los países mediante la cooperación técnica o la difusión de los lineamientos y otros materiales fue el factor facilitador más destacado para la introducción de la IPV en la Región, mencionado por más de dos terceras partes de los países (23 de 31). Otros factores positivos importantes fueron la capacitación del personal (mencionada por 19 de 31 países); la voluntad y el apoyo políticos (17 de 31 países); el compromiso del personal (17 de 31 países); el compromiso internacional respecto a la necesidad de introducir la

IPV a nivel mundial para lograr la erradicación de la poliomielitis (14 de 31 países); y la experiencia, los preparativos y la planificación del PAI (13 de 31 países). En la figura 5 se muestran ocho factores facilitadores del proceso de introducción de la IPV y cuántos de los 31 países los mencionaron.

Obstáculos

En la respuesta a la encuesta se mencionaron cuatro obstáculos principales para el proceso de introducción de la IPV, los cuales se muestran en la figura 6. Las percepciones negativas respecto al cambio de una vacuna administrada en gotas a una administrada mediante inyección o al hecho de agregar una inyección más en la consulta en el servicio de salud fueron los obstáculos citados con más frecuencia (mencionados por 19 de 31 países). Para la mayoría de los países (23 de 31), agregar la IPV al esquema de vacunación rutinaria comportaba la administración

Figura 5. Ocho factores facilitadores del proceso de introducción de la IPV según el número de países que los mencionaron (n = 31), Región de las Américas, 2016

Factores facilitadores de la introducción de la IPV



El tamaño de cada círculo es proporcional a la frecuencia que el factor facilitador fue mencionado por los países.

de tres inyecciones (en vez de dos) a un niño de 2 meses en una misma consulta. Sin embargo, muchos de los países que habían expresado cierta inquietud acerca de un aumento en el número de inyecciones por consulta (9 de 31), señalaron también que, después de una serie de cuidadosos mensajes de comunicación y de la capacitación de los trabajadores de salud, se pudo tranquilizar tanto al público general como al personal de salud y que, al final, el público tuvo una reacción positiva frente a la introducción de la IPV.

La capacitación del personal fue el segundo obstáculo para la introducción de la IPV mencionado con mayor frecuencia, junto con la capacitación insuficiente o tardía (12 de los 31 países mencionaron uno de estos dos factores o ambos). Esto refuerza la idea de que la capacitación del personal desempeñó un papel central en el

éxito de la introducción de la IPV en la Región.

Ocho de 31 países señalaron que las limitaciones económicas fueron un factor que obstaculizó el proceso de introducción de la IPV. Teniendo en cuenta este resultado, parece claro el compromiso de los países del continente en cuanto a la vacunación en general, y específicamente respecto de la eliminación de la poliomielitis, ya que todos los países de la Región sin excepción introdujeron la vacuna independientemente de sus limitaciones económicas.

El seguimiento o la supervisión insuficientes sobre el terreno fue otro factor que obstaculizó el proceso de introducción de la IPV, según lo indicado por varios países (8 de 31).

Se informó acerca de diversas dificultades más, pero en cada caso solo ocurrieron en unos pocos países.

Figura 6. Principales obstáculos para el proceso de introducción de la IPV, según el número de países que los mencionaron en las encuestas (n = 31), Región de las Américas, 2016

Obstáculos para la introducción de la IPV



Obstáculos: El tamaño de cada círculo es proporcional a la frecuencia que el obstáculo fue mencionado por los países.

Reflexiones

Al preguntarles qué hubieran hecho de otro modo en el proceso de introducción de la IPV, 10 de los 31 representantes de países no señalaron nada que hubieran hecho de forma distinta. El resto de países (21 de 31) afirmaron que hubieran hecho, entre otros, los siguientes cambios:

- Intensificar las comunicaciones destinadas a los médicos del sector privado y a otros interesados directos acerca de la introducción de la vacuna (6 de 31 países);
- Mejorar las actividades de supervisión (5 de 31);
- Fortalecer la capacitación de los trabajadores de salud (4 de 31);
- Realizar una planificación con más antelación y mejor (3 de 31).

Materiales de apoyo de la OPS.

Más de 90% de los países de la Región (28 de 31) usaron la guía práctica de la OPS para la introducción de la IPV (2) y casi todos ellos (27 países) dijeron que les resultó muy útil. La misma proporción de países usó los documentos técnicos, y 22 (67%) señalaron que

les resultaron de gran utilidad. Cerca del 70% de los países usaron los módulos de capacitación sobre la IPV (14) y todos los que los utilizaron dijeron que les fueron muy útiles.

Los representantes en los países formularon las siguientes observaciones acerca de los materiales didácticos de la OPS:

- Los materiales no fueron tan útiles como podrían haberlo sido porque algunos llegaron tarde, después de haber concluido el plan de introducción y de comunicación.
- Había múltiples documentos técnicos, lo que a veces resultaba confuso. Habría sido más eficaz disponer de solo uno o dos documentos, como la guía práctica (2) y los lineamientos para la comunicación social.
- Hubiera sido útil disponer de un cuestionario de retroalimentación para distribuirlo entre los padres y los trabajadores de salud después de la vacunación.

Apoyo técnico.

Cerca de dos terceras partes de los países encuestados (20 de 31) no mencionaron ningún tipo de apoyo técnico que pensarían que hubiera sido útil pero que no se les proporcionó. Los 11 países restantes mencionaron la necesidad de: 1) un mayor apoyo en el propio país (por ejemplo, más presencia de representantes de la oficina de la OPS en el país en los trabajos de campo) (4 países); 2) un mayor apoyo en la comunicación y la difusión de los mensajes (2 países); y 3) otro tipo de apoyo (5 países).

Hubiera sido mejor tener un plan de comunicación más fuerte, ya que el sector privado no estaba suficientemente sensibilizado respecto a la justificación tras la introducción de la IPV.

2.3 El Switch de la tOPV a la bOPV: proceso, evaluación, análisis y resultados

En abril del 2016, 36 países de la Región de las Américas realizaron el cambio de la tOPV a la bOPV como parte del plan mundial para la fase final.

FECHAS DEL CAMBIO DE VACUNA	
Países	Fecha del Switch
1 Anguila	26-Apr
2 Antigua y Barbuda	26-Apr
3 Argentina	29-Apr
4 Bahamas	26-Apr
5 Barbados	26-Apr
6 Belice	25-Apr
7 Bolivia	18-Apr
8 Chile	27-Apr
9 Colombia	1-May
10 Cuba	19-Apr
11 Curaçao	25-Apr
12 Dominica	26-Apr
13 Ecuador	1-May
14 El Salvador	29-Apr
15 Granada	26-Apr
16 Guatemala	1-May
17 Guyana	26-Apr
18 Haití	1-May
19 Honduras	29-Apr
20 Jamaica	26-Apr
21 Montserrat	26-Apr
22 Nicaragua	25-Apr
23 Panamá	22-Apr
24 Paraguay	18-Apr
25 Perú	1-May
26 República Dominicana	25-Apr
27 Saint Kitts y Nevis	26-Apr
28 Santa Lucía	26-Apr
29 S. Vicente & Granadinas	26-Apr
30 Surinam	26-Apr
31 Trinidad y Tabago	26-Apr
32 Islas Turcas y Caicos	26-Apr
33 Venezuela	1-May
34 Islas Vírgenes Británicas	26-Apr
35 Brasil	Retiró toda la tOPV el 31 de marzo / empezó con bOPV en campaña en septiembre 2016
36 México	Retiró toda la tOPV el 28 de febrero / empezó con bOPV en campaña en octubre 2016

Encuesta de la OPS para los países que realizaron el Switch

En julio del 2016, la OPS envió una encuesta acerca del cambio (anexo B) a los representantes de los 36 países que lo completaron, utilizando los mismos canales que se usaron para llevar a cabo la encuesta sobre la introducción de la IPV (comunicaciones por correo electrónico entre los representantes de la oficina de la OPS de cada país y el PNV del país). Los 36 países respondieron a la encuesta, y la OPS analizó la información recibida utilizando la metodología descrita en el apartado anterior sobre la introducción de la IPV.

Resultados de la encuesta Toma de decisiones

Todos los países tuvieron un comité de coordinación del Switch para facilitar el proceso. Además, 13 de

los 36 países tuvieron comités a nivel regional, 10 tuvieron comités a nivel de departamento, y ocho tuvieron comités a nivel municipal. Algunos países (11 de 36) crearon subcomités, entre ellos los especializados en la logística, la contención, la vigilancia y las comunicaciones, entre otros, para facilitar la coordinación del cambio. Poco menos de la mitad de los países (14 de 36) utilizaron para este fin un comité ya existente.

Los departamentos del Ministerio de Salud involucrados con mayor frecuencia en los comités de coordinación del cambio fueron los de epidemiología (7 países), salud pública (6 países) y vigilancia (3 países).

La mayoría de los países (25 de 36) indicaron que no hubo otros ministerios (distintos del de salud) que participaran en los comités de coordinación del cambio. Algunos países mencionaron la participación en uno o varios de los comités del Ministerio de Educación (3 de 36), así como de los Ministerios de Agricultura y Ganadería, Finanzas, Recursos Naturales y Medioambiente, Defensa, Interior y Trabajo (1 de 36 países en cada caso).

Un total de 23 de los 36 países afirmaron que en el comité o comités del Switch, participaron personas que formaban parte del gobierno, instituciones privadas y profesionales individuales, así como miembros de la Asociación Rotaria Internacional, asociaciones profesionales, universidades y sociedades científicas, entre

En términos del Switch, algunos países sintieron alguna presión con el lapso de tiempo, debido a otras actividades que tenían que completar, tales como, contención, informe sobre la sostenibilidad de la eliminación de SR y SRC, Semana de Vacunación de las Américas e reporte conjunto a OMS/ UNICEF. Sin embargo, a pesar de esto, los países priorizaron el Switch.

otros. Además de su participación en los comités, estas personas desempeñaron una función importante en todas las etapas del proceso del Switch, de tal manera que 19 países informaron sobre la participación de organizaciones regionales e internacionales, 10 sobre la intervención de sociedades científicas, 6 sobre la intervención de ONG en el proceso y 3 sobre el apoyo de la Asociación Rotaria Internacional.

Un factor importante para nuestro éxito en el cambio fue haber contratado a cuatro asesores independientes para comprobar que el personal había sido adecuadamente capacitado antes del cambio, y para verificar después del cambio que no quedaba tOPV en la cadena de frío.

Nicaragua

Planificación y preparación

Los países informaron sobre la formulación de planes específicos para una amplia gama de actividades relacionadas con el cambio, incluida la capacitación (35 de 36 países); el suministro y distribución de la bOPV y la retirada y destrucción de la tOPV (33 de 36); la supervisión (29 de 36); la comunicación (22 de 36); y los sistemas de información (14 de 36).

Todos los países afirmaron que recurrieron a la capacitación presencial como principal método de capacitación, pero también informaron haber usado frecuentemente una combinación de métodos, incluida la capacitación virtual (29 de 36) y los materiales impresos (27 de 36). Más de dos tercios de los países (27 de 36) recurrieron a la capacitación en cadena (“capacitación de los instructores”) para capacitar a los prestadores de servicios de salud que participaban en el cambio a diferentes niveles. Los principales materiales didácticos usados fueron las presentaciones en PowerPoint de Microsoft (los 36 países) y materiales impresos (31 de los 36 países); cerca de un tercio de los países usaron videos (14 de 36).

En casi la mitad de los países (17 de

Por lo que respecta al cambio, los datos de los países de América Latina y el Caribe indican que estos países han podido realizarlo con éxito, lo cual denota la existencia de una infraestructura sólida de servicios de salud.

Eliseu Waldman,
miembro de la Comisión
Regional de Certificación

Al principio las personas querían saber por qué estábamos haciendo el cambio... Llevó muchas explicaciones. Hubo que ir a cada región y explicarlo, y compartir los lineamientos.



36) hubo que introducir cambios en el sistema de información para adaptarlo al nuevo esquema de vacunación.

Más de la mitad de los países (20 de 36) afirmaron que aplicaron actividades complementarias de vacunación (intensificación o campañas de vacunación con tOPV) para prepararse para el cambio. La mayoría de ellos (16 de 36) las aplicaron en todo el país.

Aspectos logísticos. De los 36 países, 24 recibieron el suministro de bOPV en establecimientos de salud del país antes del día del cambio y nueve recibieron la bOPV el día del cambio. Los tres países restantes —Brasil, Cuba y México— solo iniciarán a administrar la bOPV en la próxima campaña nacional de vacunación.

Brasil usará la bOPV para las dosis de refuerzo en la rutina, de manera que la logística de sus planes para el cambio fue diferente. Como se muestra en el cuadro 1, en esos tres países, la última campaña de tOPV se realizó antes de la fecha del cambio, en abril del 2016, y la primera campaña de bOPV se realizó después de la fecha del cambio (cuadro 1).

Comunicaciones

Un total de 29 de los 36 países afirmaron que se habían dirigido a diferentes destinatarios con actividades de comunicación específicas. Casi todos los países se dirigieron a los trabajadores de salud; algunos países también se dirigieron a los padres y los cuidadores, a los medios de comunicación y al público en general.

Cuadro 1. Fechas de la última campaña de tOPV (antes del cambio) y de la primera campaña de bOPV (después del cambio) en Brasil, Cuba y México, Región de las Américas, 2016

País	Última campaña de tOPV	Primera campaña de bOPV
Brasil	Agosto del 2015	Septiembre del 2016
Cuba	Marzo del 2016	Febrero del 2017
México	Febrero-marzo del 2016	Octubre del 2016

Una medida que usamos para saber si la comunicación estaba funcionando fue ver el tono de los mensajes en los medios de comunicación y observamos mensajes principalmente positivos o neutros, lo cual era indicativo de que las cosas estaban yendo bien.

Lauren Vulanovic,
Especialista de comunicaciones, FGL/OPS

Casi todos los países (34 de 36) realizaron antes del cambio sesiones de información con los interesados directos clave como pediatras, asociaciones médicas y ONG. La mitad de los países (17 de 36) afirmaron que habían organizado o producido materiales o actividades de comunicación para los medios o para el público, como comunicados de prensa.

Además, la mitad de los países (17 de 36) indicaron que tenían en vigor un plan de comunicación de riesgos o de comunicación en situaciones de crisis. Los materiales de comunicación más comunes presentados por los países fueron carteles o folletos (mencionados por 18 de 36 países), comunicados de prensa (mencionados por 11 de 36 países) y anuncios radiofónicos (mencionados por 10 de 36 países).

Validación y supervisión. Los 36 países validaron el Switch mediante un seguimiento independiente. Un total de 30 de los 36 países realizó una validación del 100% de los depósitos y el 10% de los servicios de vacunación en el período recomendado de 15 días después de la fecha del cambio en el país y presentó los informes de la validación a la OPS. Los seis países restantes pudieron completar la validación del Switch, pero necesitaron más tiempo para ello. Después de la validación,

Cuadro 2. Resumen de la supervisión del Switch en los almacenes y servicios de vacunación, y número de dosis de tOPV destruidos, según los informes del Switch de los países (n=36), Región de las Américas, 2016

Almacenes del país (n = 6.132)		Servicios de vacunación (n = 98.253)				Dosis de tOPV restantes (n=5.995.247)	
# con tOPV en la cadena de frío	# con tOPV fuera de la cadena de frío sin etiquetar	# con tOPV en la cadena de frío	# con tOPV fuera de la cadena de frío sin etiquetar	% con disponibilidad de bOPV ^a	% con disponibilidad de IPV	# destruidos ^b	% destruidos ^b
50	11	11	220	31	95%	5.995.247	100%

^a Tres de los 36 países (Brasil, Cuba y México) no se incluyeron en el cálculo de disponibilidad de bOPV ya que solo usarían bOPV en la próxima campaña.

^b La mayoría de los países usaron la incineración para destruir la tOPV restante

los 36 países completaron la supervisión del cambio mediante la visita al 100% de los depósitos y servicios de vacunación dentro de un período de tres meses tras la fecha del cambio con su personal permanente. Todos los informes de los países fueron examinados primero por el comité nacional de certificación y posteriormente por la Comisión Regional de Certificación (cuadro 2).

Según lo observado en las visitas de supervisión, a los 6.132 depósitos, 50 (0,8%) todavía tenían tOPV dentro de la cadena de frío mientras que 11 (0,2%) tenían tOPV fuera de la cadena de frío y sin un etiquetado adecuado. Según lo observado en las visitas, de los 98.253 servicios de vacunación, 220 todavía tenían tOPV en la cadena de frío y 31 tenían tOPV fuera de la cadena de frío y sin un etiquetado adecuado. En total, se destruyeron 5.995.247 dosis de tOPV sobrantes de los depósitos y los servicios de vacunación. El método de

destrucción más común fue la incineración. De todos los puntos de servicio existentes en los 33 países (de un total de 36) que utilizan la bOPV en su vacunación de rutina,

Estamos pasando por un período con un alto riesgo de enfermedades infecciosas en todo el mundo, y parece que las actividades de contención y del Switch constituyen una gran experiencia de aprendizaje para hacer frente a los retos futuros.

Eliseu Waldman,
Miembro del RCC

Comenzamos proporcionando la bOPV a las misiones médicas situadas en zonas remotas antes de la fecha del cambio, pero la empacamos de una manera especial y la rotulamos de un modo que asegurara que no se administrara antes de la fecha del cambio. Luego hicimos una inspección para garantizar que se hubiera eliminado toda la tOPV.... No tuvimos dificultades salvo por el hecho de que las misiones médicas administraron la tOPV un poco más tarde de lo debido. Las tres misiones que tuvieron demoras se debieron al mal clima, de manera que el viaje en barco y en automóvil tuvo que retrasarse unos pocos días...

Surinam

un 95% tenían la vacuna bOPV. De todos los puntos de servicio existentes en los 36 países, en un 97% se disponía de IPV. Del 3% de puntos de servicio en los que no se disponía de IPV, el 2,5% fueron de un mismo país que, en el momento de la encuesta, tenía dificultades para obtener su suministro de IPV.

Enseñanzas extraídas por los países

Factores facilitadores

Los factores facilitadores (“mejores prácticas”) del cambio de vacuna se muestran en el cuadro 3.

Obstáculos

Un 42% de los países (15 de 36) afirmó que no encontraron obstáculos en el proceso de planificación. Cerca de la mitad de

los 21 países que sí encontraron obstáculos mencionaron los eventos concomitantes como un factor que aumentó las dificultades de la planificación (11 países).

Un 39% de los países (14 de 36) no mencionó obstáculos en la implementación del cambio. Los problemas relativos al transporte de la vacuna (mencionados por 7 países) fueron los obstáculos mencionados con mayor frecuencia.

De los 36 países, 11 (30%) no mencionaron obstáculos en el proceso de validación. Los demás países mencionaron la escasez de recursos económicos para llevarlo a cabo o retrasos en la recepción de los formularios de validación procedentes del nivel inferior del PNV.

En el cuadro 3 y las figuras 7 y 8 se muestran los factores positivos y negativos (elementos facilitadores y obstáculos) que afectaron al cambio, desde la perspectiva de cada país.

Tendríamos que haber hecho una sesión de evaluación previa con cada coordinador y una observación de cada instalación (para determinar cuáles estaban en funcionamiento y cuáles no), así como una evaluación del estado de la cadena de frío. Tendríamos que haber verificado que la situación en la que se encontraban los centros de salud de cada región era la informada.

Panamá



Una madre lleva a su hija a recibir bOPV Colombia 2016

Cuadro 3. El cambio de la tOPV a la bOPV: “mejores prácticas” y recomendaciones

Factor facilitador mencionado con mayor frecuencia en total:
Compromiso de los trabajadores de salud (mencionado por 19 de 36 países)
Factor facilitador mencionado con mayor frecuencia en cada área:
Planificación
Capacitación del personal (mencionada por 15 países)
Apoyo técnico y documentos de la OPS (mencionados por 11 países)
Compromiso de los trabajadores de salud (mencionado por 9 países)
Participación de los trabajadores de salud y de los interesados directos clave del país (mencionada por 9 países)
Voluntad política (mencionada por 7 países)
Implementación
Compromiso de los trabajadores de salud (mencionado por 10 países)
Actividades de seguimiento y de supervisión (mencionadas por 5 países)
Capacitación del personal (mencionada por 4 países)
Validación
Compromiso/apoyo de los interesados directos involucrados en el proceso de validación (mencionado por 12 países)
Apoyo externo (técnico o económico) (mencionado por 10 países)
Recomendaciones
Inicio de la planificación con más antelación (mencionado por 5 países)
Mayor supervisión (mencionada por 5 países)

Figura 7. Ocho factores facilitadores del cambio a la bOPV según lo indicado por la encuesta de los países (n = 36), Región de las Américas, 2016

Factores facilitadores del Switch



El tamaño de cada círculo es proporcional a la frecuencia que el factor fue mencionado por los países.

Figura 8. Principales obstáculos del cambio a la bOPV según lo indicado por la encuesta de los países (n = 36), Región de las Américas, 2016

Obstáculos para el Switch



El tamaño de cada círculo es proporcional a la frecuencia que el factor fue mencionado por los países.

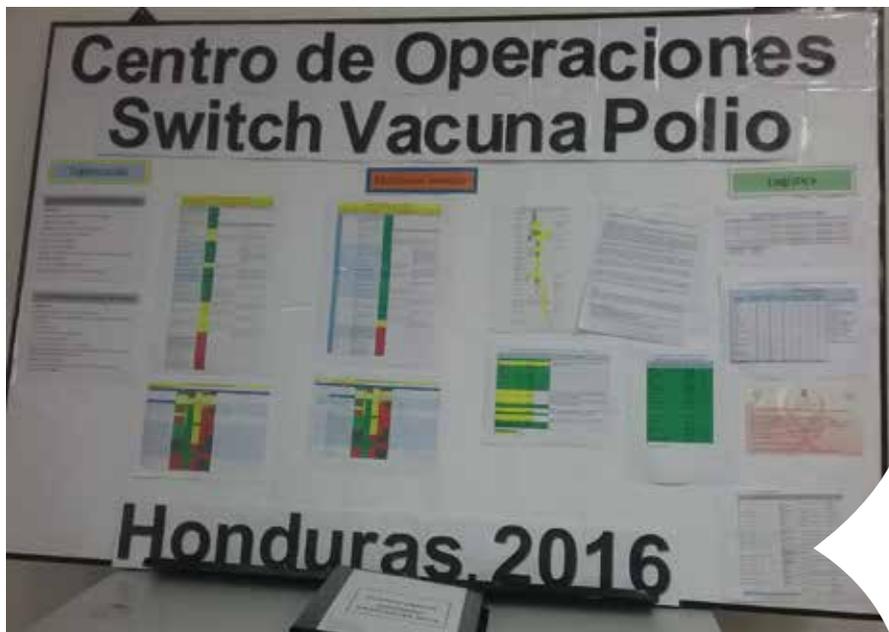
Recomendaciones

Apoyo de la OPS. Al preguntarles por su satisfacción, en términos generales, con el apoyo prestado por la OPS para el cambio, se obtuvieron respuestas de 35 países, y los 35 mostraron una opinión positiva. Dos terceras partes de los países que respondieron (21 de 35) consideraron el apoyo de la OPS “muy bueno” y los 14 países restantes lo consideraron “bueno”. Los países que afirmaron que el apoyo de la OPS había sido “bueno” (y no “muy bueno”) mencionaron cuestiones relativas al suministro de las vacunas (3 de 14 países) y a las solicitudes económicas (2 de 14 países) como algunos de los problemas observados en el apoyo de OPS.

El apoyo de la OPS mencionado con mayor frecuencia por los países fue el siguiente:

- Apoyo técnico directo (25 de 36 países)
- Documentos y materiales (16 de 36 países)

Se pidió a los países que clasificaran por orden de importancia los diferentes tipos de apoyo de la OPS. Los lineamientos y la documentación fueron considerados el tipo de apoyo más importante de la OPS al cambio (mencionados por 20 de 36 países) y las reuniones presenciales regionales ocuparon el segundo lugar entre el apoyo más importante prestado por la OPS (mencionadas por 12 de 36 países).



Centro de Operaciones del Switch Honduras



MediBurn

ELASTEC
American Marine
www.elastec.com

Vaccination
Gold
#getvax

El nivel de organización fue enorme, y el éxito obtenido fue sin precedentes.

3. Enseñanzas extraídas por la OMS y la OPS

3.1. Perspectiva del IMG⁷

¿Como fue coordinado y manejado el Objetivo 2 del Endgame?

Para asegurar que se implementara con éxito el segundo objetivo de la fase final, es decir, la introducción de la IPV y la eliminación final de la OPV de los esquemas de vacunación, comenzando desde el cambio, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis creó el Grupo de Gestión de Sistemas de Inmunización (IMG) conformado por el punto focal de inmunización de cada agencia socia del GPEI, y por Gavi. Durante la primera reunión del IMG, realizada en el 2013, quedo muy en claro que, para tener éxito, el IMG requeriría un esfuerzo colectivo por parte de todos los socios.

Lo que sucedió después fue algo totalmente extraordinario. En las etapas de planificación, muchas personas pensaron que sería imposible introducir la IPV con el cronograma propuesto por el Endgame en tantos países mientras se realizaba también de manera sincronizada el cambio de tOPV a bOPV un corto tiempo después. A pesar de estas dudas, A través del esfuerzo de los gobiernos nacionales,

las oficinas regionales de la OPS, la OMS y UNICEF y la coordinación de IMG, se lograron estas metas dentro de plazos sin precedentes.

Ha habido obviamente algunos problemas, especialmente en el suministro de IPV. Luego de solicitar a todos los países que introdujeran la IPV antes del Switch, hubo una inesperada escasez de suministro global de la vacuna. Al día de hoy, muchos países de bajo riesgo aun no han podido introducir la IPV. Desde una perspectiva política, esto ha sido un gran retroceso, ya que muchos de los países estaban preocupados con el retraso de la vacuna y la percepción de riesgo que esto implicaba, pero desde una perspectiva técnica, el esfuerzo fue un éxito, porque se pudo priorizar la vacuna para los países de mayor riesgo y el mundo pudo avanzar en el Switch. El riesgo de aparición de algún brote en los países que no pudieron introducir la IPV fue y es relativamente bajo, debido a las características epidemiológicas de los países. Además, como recurso, se dispone de una reserva global de mOPV2, que es la mejor herramienta para responder a cualquier brote de virus tipo 2.

⁷ Extraído de la entrevista telefónica con Michel Zaffran, actual Director de Poliomieltis de la OMS y antiguo copresidente del IMG entre enero del 2013 y febrero del 2016. Las respuestas fueron editadas en aras de una mayor claridad por la extensión del texto.

¿Cuáles fueron algunos de los factores que facilitaron este proceso?

El apoyo a la erradicación de la polio en toda la Región fue clave para el éxito técnico. El hecho de que la erradicación de la poliomielitis es algo en lo que muchas personas de la Región han estado muy involucradas por años, significa que estaban enteramente comprometidos y deseaban ver el final del proceso. Pero para motivar a las personas para que implementen el trabajo necesario, y para asegurar que todos los países y socios se sumaran, era necesario un objetivo muy específico con fechas meta bien claras. Tanto la introducción de la IPV como el Switch fueron útiles para ello. Estas metas muy específicas aportaron una nueva energía a las personas. Además, en muchas regiones, el cambio reunió a los equipos de vacunación de rutina y los equipos de poliomielitis que habían estado trabajando por separado.

Desde un punto de vista de organización, la OMS se incorporó al proyecto muy rápidamente, con las regiones realizando gran parte

Hubo algunas dificultades, ya que los países se prepararon inicialmente para introducir una segunda dosis de IPV, y la escasez del suministro mundial de IPV, de hecho, lo impidió.

Caribbean Subregional Office

del trabajo, y junto con los países orientados a este objetivo con el empleo de sus propios mecanismos para llevar a cabo el trabajo. De ser necesario, el IMG disponía de un apoyo económico y técnico para que los países aseguraran que se podrían cumplir las fechas establecidas. Hubo una comunicación muy buena entre el IMG y las regiones para asegurar que los mensajes estuvieran totalmente en línea y fueran comprendidos por todos los interesados directos. Hubo también un plan de trabajo muy sólido y muchos socios que lo llevaron a cabo, es decir, una colaboración muy fuerte.

¿Cuáles fueron algunos de los obstáculos?

Al comienzo, muchos países de todo el mundo estaban poco decididos a avanzar. Por ejemplo, en mayo del 2015, Indonesia estaba poco decidida a introducir la IPV. Un “no” por parte de un país grande como Indonesia podría haber tenido un efecto dominó, de tal manera que muchos otros países podrían haberse rehusado a participar en el proyecto. Sin embargo, en vez de ello, hubo una gran solidaridad entre el resto de los países, que decidieron básicamente “vamos a avanzar e Indonesia tendrá que sumarse a ello”. Después, se convenció a Indonesia de que participara y hubo un compromiso de todos los países.

La Región de las Américas afrontó muchos retos pero los gestionó extraordinariamente bien. El reto político general fue tener a todos los países en el proyecto. En el continente se había erradicado la

poliomielitis hace muchos años, de manera que el sentimiento predominante era que no tenía sentido asumir el riesgo de aplicar el cambio porque otras regiones del mundo no hubieran podido erradicar la enfermedad. Sin embargo, la postura muy sólida del GTA ayudó a transmitir la necesidad de avanzar hacia esa dirección en todo el mundo. La Región de las Américas superó incluso las dificultades de la disponibilidad insuficiente de la vacuna, al recomendar que los países introdujeran solo una dosis de la IPV, y eventualmente, basado en sólidos datos científicos, alentando a los países adecuados a cambiar a dosis fraccionadas de IPV. Fue muy inspirador ver como el equipo de las Américas logró enfrentar cada uno de los desafíos que se presentaron y mantuvieron las cosas en curso.

¿Qué podría haberse hecho de otro modo?

Una cosa que podría haberse hecho de otro modo fue la forma de obtener el compromiso de los fabricantes en cuanto al suministro de la vacuna. El IMG suscribió contratos con los fabricantes, que se suponía que eran vinculantes. La escala de producción necesaria de los fabricantes para satisfacer las necesidades de la GPEI era significativa. Creo que el GPEI y las propias empresas fueron demasiado optimistas de que esto iba a suceder de hecho. No lo lograron y nos topamos continuamente con las reducciones de suministro que fueron muy difíciles para el programa. Por otro lado, retrasar el cambio uno o dos años habría significado más brotes innecesarios causados por

poliovirus circulantes derivados de la vacuna tipo 2. Visto en retrospectiva, la IPV debió haberse introducido mucho antes, tal vez hace 10 años. Sin embargo, en aquel momento, el centro de interés de los trabajos mundiales sobre la poliomielitis estaba en interrumpir la transmisión; no había mucho interés en introducir la IPV y su costo era prohibitivo en ese momento.

¿Hay algún apoyo que las regiones o los países habrían necesitado y no se les proporcionó?

Aunque el IMG actuó con cautela para evitar prestar demasiado apoyo, de todos modos brindó todo el apoyo que se le solicitó. Cuando algunos países tuvieron dificultades económicas, se pusieron a su disposición los fondos necesarios, pero de manera muy cuidadosa, y solamente una vez que se le aseguró al IMG que todas las avenidas de financiamiento nacional habían sido exploradas.

¿Cómo fue el trabajo y el proceso en la Región de las Américas diferente al resto del mundo?

Los países de la Región son un ejemplo para el resto del mundo en el campo de la vacunación y están siempre a la vanguardia de la introducción de nuevas vacunas, la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión. Gracias a la OPS, tanto la introducción de la IPV como el cambio de vacuna tuvieron excelentes resultados en toda la Región. Durante las reuniones de planificación iniciales en Cuba y en Cancún, los representantes de los países tenían muchas dudas acerca de la introducción de la IPV y el cambio de vacuna. Sin embargo, en la segunda reunión regional celebrada

en Bogotá ya no hubo dudas; los representantes de los países se centraron finalmente en tratar los detalles de la labor a realizar. El apoyo de la OPS, la participación de los países, y la base de conocimientos y la pericia de los PNV que ayudaron a facilitar la implementación de este ambicioso plan fueron muy notables.

3.2 Perspectiva del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas

El principal reto, desde la perspectiva del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas, estribó en la disponibilidad de la vacuna. El problema de suministro de la IPV no se limita a la Región sino que es un motivo de preocupación mundial. El proveedor principal de la vacuna para la Región de las Américas (a través del Fondo Rotatorio) retrasó su entrega de vacunas, lo cual retrasó a su vez la introducción de la IPV en ciertos países.

Las razones aducidas por los fabricantes para explicar el retraso fueron los retrasos en la producción (es decir, los fabricantes tuvieron dificultades para alcanzar sus objetivos de producción) y los retrasos de autoridad nacional reguladora del país de fabricación en autorizar los lotes de vacuna para el envío, a causa de una sobrecarga de demanda.

La escasez de IPV motivó una adaptación de la recomendación técnica original para pasar a la siguiente resolución del equipo regional de vacunación contra la poliomielitis de la OPS:

- Los países que ya habían introducido la IPV en sus esquemas nacionales de vacunación recibirían todas las dosis necesarias como de costumbre.
- Los países que no habían introducido anteriormente la IPV solamente recibirían una dosis de IPV.

Entre las razones del éxito de la introducción de la IPV en la Región de las Américas (factores facilitadores) se encontraron las siguientes:

- Todos los Estados Miembros de la Región recibieron al menos una dosis de la vacuna de IPV, gracias a la respuesta proactiva de la OPS al prever la escasez de la vacuna y elaborar un plan al respecto.
- La comunicación transparente y continua con los países en lo relativo a la disponibilidad de la vacuna mantuvo la confianza y la comprensión de los países respecto al proceso de compra, y permitió planificar la introducción de la vacuna. Durante el período crítico, en cada reunión de planificación de la OPS con los países, el Fondo Rotatorio presentó el estado de las compras de suministros de vacunas.

Las oportunidades detectadas para el mejoramiento (obstáculos) incluyeron lo siguiente:

- Una estrategia mundial de la magnitud del plan para la fase final siempre debe estar respaldada por una previsión sólida y realista del suministro de vacuna, con fabricantes que tengan la producción de la vacuna ya implantada. Disponer de más fabricantes hubiera sido muy beneficioso para asegurar la producción a pesar de las circunstancias imprevistas y para reducir el precio. Por consiguiente, para futuras iniciativas, sería de fundamental importancia conocer

el mercado de las vacunas, evitar la dependencia de un número muy escaso de proveedores y planificarlo con antelación.

- En el futuro, el Fondo Rotatorio podría hacer todos los pedidos directamente de entrada cuando afronte una situación de escasez de suministro. Esto permitiría a los fabricantes asignar su plan de producción con más precisión, y aumentaría la probabilidad de que pudieran cumplirlo. Sin embargo, para hacerlo así, el Fondo Rotatorio tendría que solicitar con mayor antelación las decisiones y compromisos previos de los países de la Región. El Fondo Rotatorio ha empezado a pedir a los países que proporcionen la información sobre las vacunas que pretenden introducir en los tres próximos años.

3.3 Perspectiva del equipo regional de vacunación contra la poliomielitis de la OPS

Aun con el plazo de tiempo muy corto de que se dispuso para la introducción de la vacuna y el cambio, los países mantuvieron una actitud positiva y una buena disposición durante todo el proceso, a pesar de algunas manifestaciones de preocupación, en especial acerca del cronograma y del presupuesto necesario. Esto se debe en parte al compromiso de la Región con la vacunación en general, pero también es consecuencia del enorme compromiso existente en particular con la erradicación de la poliomielitis, que tiene una cierta mística. Los países de la Región tienen cierto sentido de propiedad y sentimiento de orgullo acerca de la erradicación de la poliomielitis.

Uno de los factores más fundamentales en el éxito de este esfuerzo regional sin

precedentes fue el de asegurar que los países comprendieran la justificación y el fundamento científico necesarios con respecto a la decisión de introducir la IPV y de aplicar el cambio, así como con respecto al riesgo al que se enfrentaría la Región si no se hacía así. En ese ámbito, la cooperación técnica de la OPS con los países se vio enormemente facilitada por el trabajo del IMG de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y sus materiales de apoyo técnico, que la OPS adaptó y complementó para ponerlos a disposición de los países de la Región con objeto de ayudarles a introducir la vacuna con éxito y aplicar el cambio en un período de tiempo tan corto.

Otros factores que contribuyeron al éxito de la introducción de la IPV en la Región fueron los documentos técnicos y los materiales que explicaban la justificación del cambio, y el hecho de que la introducción de la IPV debía ser seguida por el cambio en todo el mundo, lo cual constituyó un fuerte estímulo para el cumplimiento por parte de los países. Otros elementos facilitadores del proceso fueron la experiencia de la región en: 1) la introducción de nuevas vacunas; 2) el empleo de inyecciones múltiples en una única visita; y 3) la introducción y uso de la IPV (en algunos países).

Otro factor positivo que conviene mencionar es la estructura mundial que respaldó a las regiones de la OMS en todo el mundo, lo cual incluyó reuniones virtuales cada dos meses y reuniones presenciales dos veces al año, además del apoyo directo cuando era necesario. Dado que esta fue la introducción de una vacuna a mayor escala que se haya visto nunca en el mundo, hubo muchas organizaciones internacionales que colaboraron en

apoyar a los 126 países de todo el mundo que tuvieron que introducir la IPV. La Fundación Bill y Melinda Gates, los CDC, la Asociación Rotaria Internacional, el TFGH, el UNICEF y la OMS colaboraron con el IMG en la elaboración de los materiales de apoyo más útiles para los países. La colaboración estuvo muy bien organizada a nivel mundial, con un intercambio permanente y sustancial de información entre las regiones y el IMG.

A su vez, la OPS mantuvo un contacto permanente y estrecho con los países, con una disponibilidad absoluta para comunicaciones y misiones en el país cuando se le solicitaron. La actuación del Fondo Rotatorio de la OPS marcó también un punto de inflexión en la Región. La mayoría de los países (98%) aceptaron fácilmente las vacunas, sin un registro especial en el país, en tanto en cuanto se obtuvieran a través del Fondo Rotatorio, demostrando un nivel de confianza que tuvo una notable repercusión en el cambio.

Los problemas con el suministro mundial de la vacuna y los retrasos en su entrega fueron obstáculos importantes que fue preciso abordar tanto a nivel regional como a nivel nacional. El panamericanismo desempeñó un papel importante

cuando la escasez mundial de la vacuna no permitió a los países introducir más de una dosis de la IPV. La OPS tuvo que recomendar que todos los países que no estaban usando ya la IPV que introdujeran una sola dosis de la vacuna. Otros retos fueron el hecho de que algunos países con un gobierno más centralizado tuvieron más dificultades en la toma de decisión inicial requerida tanto para la introducción de la IPV como para el cambio.

No obstante, en la historia de la introducción de vacunas, no ha habido antes ninguna vacuna que haya sido introducida por tantos países y en tan corto espacio de tiempo como se hizo con la IPV como parte del plan para la fase final. El posterior cambio sincronizado tuvo también unas características únicas y fue un episodio sin precedentes en la historia de la salud pública mundial. En definitiva, lo que parecía imposible se hizo posible gracias a los países de la Región de las Américas que asumieron como propios los objetivos del plan para la fase final de la erradicación de la poliomielitis, fortalecidos con el apoyo regional a la vacunación como medio para mejorar la salud pública.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013–2018. Ginebra: OMS; 2013. Se puede consultar el resumen de orientación en español en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_ES_SPA_A4.pdf y el plan completo en inglés en http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_EN_A4.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica: la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Washington: OPS; 2014. Se puede consultar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10113%3A%20A%20practical%20guide%20to%20introducing%20inactivated%20polio%20vaccine%20-%20IPV%20-%20introduction%20-%20&catid=1629%3A%20A%20-%20polio%20-%20featured%20items&Itemid=1712&lang=es
3. Organización Mundial de la Salud. WHO Polio Information System (POLIS): AFP/polio data: global [13 de diciembre de 2016]. Ginebra: OMS; 2016. Se puede consultar en: <https://extranet.who.int/polis/public/CaseCount.aspx>. Fecha de consulta: 19 de diciembre del 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. Report of the ad-hoc Virtual TAG Meeting 2017, 10 March 2017, Washington, DC, USA. Washington: OPS; 2017. Se puede consultar en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=1626&Itemid=&lang=en
5. Organización Panamericana de la Salud. Final report of the Polio Working Group. Washington: OPS; abril del 2014.
6. Organización Mundial de la Salud. Polio vaccines: WHO position paper (enero del 2014). *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89:73–92; PMID:24707513.
7. Landaverde JM, Trumbo SP, Danovaro-Holliday MC, Cochi SE, Gandhi R, Ruiz-Matus C. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis in the postelimination era in Latin America and the Caribbean, 1992–2011. *J Infect Dis.* 2014;209(9):1393–402. doi: 10.1093/infdis/jit602. Epub 11 de febrero del 2014.
8. Organización Panamericana de la Salud. Report of the Extraordinary Meeting of the Technical Advisory Group (TAG) Meeting on Vaccine-preventable Diseases. Washington: OPS; abril del 2014.

9. O’Ryan M, Bandyopadhyay AS, Villena R, et al. Inactivated poliovirus vaccine given alone or in a sequential schedule with bivalent oral poliovirus vaccine in Chilean infants: a randomised, controlled, open-label, phase 4, non-inferiority study. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15(11):1273–82. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00219-4. Epub 26 de agosto del 2015.
10. Organización Panamericana de la Salud. Report of the XXIII Technical Advisory Group (TAG) Meeting on Vaccine-preventable Diseases. Cuba: OPS; julio del 2014.
11. Organización Panamericana de la Salud. Report on the First Regional Polio Meeting. Cancún (México), noviembre del 2014.
12. Organización Panamericana de la Salud. Report on the Second Regional Polio Meeting. Bogotá (Colombia), agosto del 2015.
13. Organización Panamericana de la Salud. Letter from PAHO Director. 6 de octubre del 2015. Washington: OPS; 2015.
14. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de capacitación sobre IPV y documentos de comunicación. Introducción [conjunto de siete módulos de capacitación en PowerPoint]. Washington: OPS; c2016. Se puede consultar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10461%3A2015-ipv-training-modules&catid=1875%3Apolio-highlights&Itemid=2244&lang=es
15. Organización Panamericana de la Salud. Aceptabilidad y seguridad de las inyecciones múltiples. Washington: OPS; 2014. Se puede consultar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10461%3A2015-ipv-training-modules&catid=1875%3Apolio-highlights&Itemid=2244&lang=es
16. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la gestión de la comunicación social en situaciones de crisis: Apoyo a la preparación de los países para afrontar situaciones inesperadas. Washington: OPS; 2014. Se puede consultar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10461%3A2015-ipv-training-modules&catid=1875%3Apolio-highlights&Itemid=2244&lang=es
17. Organización Panamericana de la Salud. Paquete de recursos sobre medios de comunicación: Preparación para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Washington: OPS; 2014. Se puede consultar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10461%3A2015-ipv-training-modules&catid=1875%3Apolio-highlights&Itemid=2244&lang=es

Anexos

Anexo A:

Encuesta de la OPS para los países que introdujeron la vacuna IPV

Estimado colega de país:

La introducción en forma sincronizada de la vacuna IPV en las Américas ha sido un esfuerzo sin precedentes, y con resultados asombrosos. En el tiempo establecido, todos los países de nuestra Región lograron la decisión, planificación e introducción de esta vacuna en el calendario nacional de inmunización.

Le solicitamos amablemente que complete esta encuesta, que tiene como objetivo de sistematizar la experiencia de la introducción de la vacuna IPV en la Región de las Américas, con el fin de que esta experiencia pueda ser útil para la introducción de nuevas vacunas en la Región y en otras regiones del mundo, y que en el futuro ayude a nuestra propia Región a llevar a cabo otra introducción exitosa de vacuna en forma sincronizada, si fuera necesario.

El informe que se creará en base al análisis de esta información será una pieza importante en la documentación del legado de polio en las Américas, y su país será debidamente reconocido por haber aportado al mismo.

Le agradeceremos enviarnos sus respuestas a más tardar al 26 de febrero.

Muchas gracias por sus invaluable aportes a este esfuerzo regional,

Equipo de Inmunización de OPS

ENCUESTA:

Sección 1: Toma de decisión a nivel nacional

1. ¿Qué entidades de gobierno estuvieron involucradas en la toma de decisión? ¿Quién lo inició? ¿Quién tuvo la última palabra? Por favor marcar con una X todo lo que corresponda:

Agencia	Inicio el proceso de toma de decisión	Tuvo la última palabra en la decisión
Programa Nacional de Inmunización		
Ministerio de Salud Nacional		
Presidencia o Vice-presidencia		
Otros ministerios, especifique:		
Otras agencias de gobierno, especifique		

2. ¿Hubo un Comité asesor nacional de prácticas de inmunización involucrado?

Sí No

3. ¿Cuánto tiempo tomó el proceso de toma de decisión?

_____ meses.

4. Hubo dificultades en el proceso de toma de decisión y si las hubo, ¿cuáles fueron las razones?

5. ¿Hubo un tema en particular que requería más debate?

6. ¿Qué le parece que facilitó el proceso de toma de decisión?

7. ¿Tuvo cobertura de prensa la decisión?

Sí No

8. ¿Qué tipos de medios?

Televisión

Radio

Periódicos

Otros. Por favor especifique: _____

9. ¿Que opinión tenían los medios sobre la introducción?

Sección 2: Planificación y Preparación para la introducción

10. ¿Qué facilitó la planificación?

11. ¿Qué dificultades hubo en la planificación?

12. ¿Cuál fue la metodología utilizada para la capacitación de personal? Marque todo lo que corresponda:

- Entrenamientos en persona
- Entrenamientos virtuales
- Materiales impresos
- Otros. Por favor especifique: _____

13. ¿Fue necesario hacer cambios a la infraestructura del PAI (cadena de frío, provisión de servicios, etc.)?

Sí No

Favor especifique que cambios fueron necesario: _____

Sección 3: Comunicación

14. Por favor complete la tabla abajo con las principales estrategias de comunicación y de mensajes que fueron empleadas para la introducción de la vacuna IPV:

Tipo de comunicación (ej. impresa, radio, TV, medios sociales, etc.)	Audiencia blanco	Materiales desarrollados
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

15. ¿Hubo desafíos importantes asociados con la comunicación alrededor de la introducción de la vacuna IPV? Si contesta Si, por favor provea detalles.

Sí No

16. ¿En general, cual ha sido la percepción y la reacción del público con respecto a la introducción de la vacuna IPV?

Sección 4: Introducción de la vacuna

17. Fecha de la introducción de IPV en su país: _____

18. ¿La introducción se realizó en etapas o fue simultánea en todo el país?

En fases Introducción simultánea en todo el país

19. ¿Qué factores facilitaron la introducción?

20. ¿Qué factores dificultaron la introducción de la vacuna?

21. Con la introducción de IPV, ¿los niños están recibiendo más de 2 vacunas inyectables en una visita?

Sí No

22. ¿Cómo se está supervisando y quien supervisa la administración de la IPV?

Sección 5: Apoyo de organismos nacionales o internacionales

23. Mencione los organismos nacionales o internacionales que brindaron apoyo al proceso de decisión e introducción de IPV:

24. ¿Qué tipo de apoyo recibió el país de parte de la OPS?

25. ¿Qué tipo de apoyo piensa que habría sido útil o necesario, pero no fue brindado?

26. ¿Tiene algún comentario más con respecto al apoyo recibido? Sus respuestas nos permitirán brindar una mejor cooperación técnica en el futuro.

Sección 6: Su evaluación del proceso de introducción de IPV en su país

27. ¿Haría algo de manera diferente para mejorar el proceso?

28. ¿Qué aspectos de la introducción de IPV difirieron de la introducción de otras vacunas en su país?

29. ¿Tiene algunas consideraciones adicionales que no fueron mencionadas anteriormente?

30. Mencione los tres factores que usted considera que más facilitaron la introducción de IPV.

- a. –
- b. –
- c. –

31. Mencione los tres factores que usted considera que más dificultaron la introducción de IPV.

- a. –
- b. –
- c. –

Sección 7: Uso y utilidad de los documentos provistos

La OPS desarrolló o adaptó, a partir de documentos preparados por OMS o Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio (GPEI) varios documentos técnicos para apoyar a los países en la toma de decisión, planificación, preparación e introducción de la vacuna IPV.

Solicitamos que por favor llene esta tabla sobre el uso y la utilidad de estos documentos para su país:

	Utilizado en el nivel nacional (Si/No)	Utilizado en el nivel departamental (Si/No)	Utilizado en el nivel local (Si/No)	Nivel de utilidad (Alta/Media/Baja)
DOCUMENTOS TÉCNICOS				
Guía Práctica: la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV)				
Antecedentes y fundamentos técnicos para la introducción de una dosis de la IPV en el esquema de vacunación de rutina				
Reduciendo el dolor en la vacunación (inglés y francés)				
CAPACITACIÓN				
Módulos de capacitación:				
1. Introducción a los fundamentos de la erradicación de la poliomielitis y la IPV				
2. Características de la IPV y recomendaciones para su almacenamiento				
3. Esquema de vacunación, indicaciones y contraindicaciones				
4. Administración de la vacuna				
5. Registro de la administración de la IPV				
6. Vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)				
7. Comunicación con los padres y cuidadores y el propio personal de salud acerca de la IPV y las inyecciones múltiples				
Aceptabilidad y seguridad de las inyecciones múltiples				
Preguntas frecuentes sobre la introducción de la IPV				
COMUNICACIÓN				
Guía para la gestión de la comunicación social en situaciones de crisis – Apoyo a la preparación de los países para afrontar situaciones inesperadas				
Paquete de recursos sobre medios de comunicación – Preparación para la introducción de la IPV				

Anexo B:

Encuesta de la OPS sobre el Switch



La experiencia sobre el cambio, o “Switch”, de la vacuna oral trivalente contra la polio (tOPV) a la bivalente (bOPV)

Felicitaciones a su país por haber llevado adelante el Switch de tOPV a bOPV. Este cambio sincronizado en 155 países del mundo y 36 países de la Región de las Américas constituye un paso muy importante hacia la erradicación mundial de la poliomielitis y representa un logro que merece reconocimiento. La OPS elaborará un informe regional sobre el cambio a fin de documentar la labor que implicó su planificación y ejecución. Las respuestas de su país aportarán un complemento valioso a este informe, en el cual se mencionará expresamente a cada país que haya contribuido.

País:

Nombre de la persona o las personas que están respondiendo esta encuesta:

Cargo de la persona o las personas que están respondiendo esta encuesta:

Proceso

1. ¿Se contó con un comité de coordinación del cambio a escala nacional? Sí No
 - a. ¿Fue un comité que ya existía? Sí No
 - b. En caso afirmativo, ¿la existencia previa de este comité facilitó el cambio? Sí No
 - c. ¿Qué departamentos del ministerio de salud formaron parte del comité?
 - d. ¿Qué otros ministerios participaron en el comité?
 - e. ¿Qué otros actores fuera del sector público participaron?

2. ¿En qué niveles se contó con comités de coordinación del cambio?

- Nacional
- Regional
- Departamental
- Municipal
- Otro Especificar:

3. ¿Se contó con subcomités? Sí No

a. En caso afirmativo, sírvase describirlos:

4. ¿Cómo se financiaron las actividades del cambio? Señale todas las opciones que correspondan:

- Presupuesto nacional
- Apoyo económico de los socios (especifique cuáles socios). Especificar:
- Otro financiamiento (sírvase describirlo): Especificar:

5. ¿Se elaboraron planes específicos dedicados a las siguientes actividades (marque todas las opciones que correspondan)?

- Capacitación
- Supervisión
- Compra y distribución de la bOPV
- Retirada y destrucción de la tOPV
- Actualización de sistema de información
- Comunicación
- Otro (sírvase describirla):

6. ¿Qué método se utilizó en la capacitación? Sírvase señalar todas las opciones que correspondan:

- Formación presencial
- Formaciones virtual
- Materiales impresos

7. ¿Se utilizó el modelo de capacitación en cascada con fines de formación de los diferentes niveles?

Sí No en caso negativo, describa el método utilizado en su lugar:

8. ¿Qué tipo de materiales didácticos se utilizaron?

- Presentaciones en PowerPoint
- Materiales impresos
- Videos
- Otro tipo (sírvese describirlo):

9. ¿Exigió el cambio una modificación de los sistemas de información?

- Sí No Describa las modificaciones introducidas:

10. ¿Cuáles socios participaron en cualquier momento del proceso del cambio en su país?

- Instituciones gubernamentales, sírvase especificarlas:
- Organizaciones internacionales, sírvase especificarlas:
- Organizaciones no gubernamentales (ONG),
- Sociedad científicas, sírvase especificarlas:
- Club Rotario:
- Otro, sírvase especificarlo:

11. ¿Qué tipo apoyo recibió de los socios?

- Técnico
- Logístico
- Financiero
- Otro, sírvase especificarlo

12. ¿El país implementó actividades suplementarias de vacunación en preparación para el Switch?

- No
- Si

13. En caso afirmativo, ¿en qué ámbito?

- Nacional
- Sub-nacional

Aspectos logísticos del cambio de la tOPV por la bOPV

14. ¿Qué método o métodos se utilizaron en la retirada de la tOPV y la entrega de la bOPV? Señale todas respuestas que correspondan.

- intercambio a cargo del nivel superior: el distrito suministra la bOPV a los establecimientos y recoge la tOPV.
- intercambio a cargo del nivel local: los establecimientos recogen la bOPV en el distrito y restituyen la tOPV.
- La bOPV se suministró a los establecimientos de salud antes del día del cambio. En este caso, sírvase explicar el método de retirada de la tOPV:
- Otro. Especificar:

Comunicaciones

15. ¿Se contó con un plan de comunicaciones?

- Sí,
- No

Observación:

16. ¿Cuáles fueron los públicos destinatarios del plan de comunicaciones?

- Los medios de comunicación
- Los padres / cuidadores
- Los trabajadores de salud
- El público general
- Otro - Describa:

17. ¿Se llevaron a cabo con antelación sesiones de información con los principales interesados directos (por ejemplo, los pediatras, las asociaciones médicas, las organizaciones de la sociedad civil, las ONG, etcétera)? Sí No

18. ¿Se realizaron actividades de comunicación públicas o en los medios de comunicación masiva (por ejemplo, comunicados de prensa)? Sí No

19. ¿Se contó con un plan de comunicación de riesgos o de plan de crisis?

- Sí No

20. ¿Qué tipos de materiales de comunicación se elaboraron?

- Comunicados de prensa
- Carteles o folletos
- Cuñas radiales
- Otros - Descríbalos:

21. Indique aquí otras observaciones acerca de las actividades de comunicación de apoyo al cambio que se ejecutaron y que podrían ser útiles durante los cambios de vacunas en el futuro:**Monitoreo****22. ¿Quiénes fueron los monitores? Señale todas las opciones que correspondan.**

- Personal del Ministerio de Salud (no del PAI)
- Personal del PAI
- Personal de las ONG
- Estudiantes
- Otros. Sírvase describir:

23. ¿Cómo se seleccionaron los servicios a ser visitados durante el monitoreo de validación

- En función del riesgo de no adherencia a los lineamientos del cambio
- De forma aleatoria
- Otro. Sírvase describir:

Lecciones aprendidas**24. Mencione todo obstáculo importante encontrado durante:**

a: La planificación:

b: La ejecución:

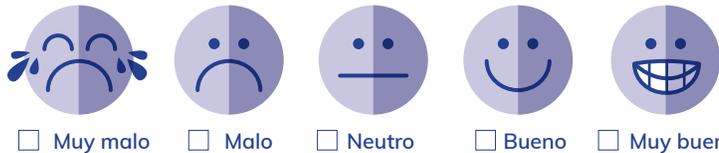
c: La validación:

25. Mencione los factores facilitadores identificados durante

- a: La planificación:
- b: La ejecución:
- c: La validación:

26. ¿Qué haría diferente durante el proceso del cambio?**27. Por favor, ordene los siguientes aspectos de apoyo de la OPS por orden de relevancia para su país.**

- ___ Reunión Regional – presencial
- ___ Reuniones Virtuales
- ___ Visitas a al país
- ___ Lineamientos y documentos de soporte:

28. ¿Cómo evalúa el apoyo recibido de OPS para el Switch?

- Muy malo Malo Neutro Bueno Muy bueno

Por favor justifica su respuesta:

29. Aporte otros comentarios u observaciones acerca de las enseñanzas obtenidas durante el proceso:

De la página web de la OMS:

El nuevo suplemento de la revista sobre el plan para la fase final de la poliomielitis brinda un recurso poderoso como guía para la planificación del programa de vacunación



10 DE JULIO DEL 2017, GINEBRA.

Los socios involucrados en la inmunización y la erradicación mundial de la poliomielitis han anunciado hoy la presentación de un nuevo suplemento del *Journal of Infectious Diseases*, sobre el plan para la fase final y el legado de la lucha contra la poliomielitis: implementación, mejores prácticas y enseñanzas extraídas.

Los 51 artículos de la publicación constituyen un recurso y una referencia sobre la forma de llevar a la práctica acciones de salud pública a gran escala y sincronizadas en todo el mundo dentro de cronogramas ambiciosos, y proporciona una perspectiva de gran valor para otras iniciativas que pretendan hacer lo mismo.

Este documento de libre acceso presenta los logros alcanzados y las enseñanzas extraídas de una colaboración de múltiples socios durante tres años, que se encargó de realizar las actividades establecidas en los objetivos 2 y 4 del *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y fase final, 2013-2018*. Ello incluye los trabajos de coordinación para la implementación de la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), el cambio sincronizado (o Switch) de una vacuna oral contra la polio (OPV) a otra, el fortalecimiento de los sistemas de vacunación, y la garantía de que las inversiones realizadas en la erradicación de la poliomielitis aseguren la obtención de efectos beneficiosos a más largo plazo.

Los últimos años han estado marcados por eventos definitorios que han exigido una actuación intensa para cumplir el cronograma acelerado de la fase final. En abril del 2016, la retirada del componente de tipo 2 en el cambio para pasar de la OPV trivalente a la bivalente en 155 países y territorios fue descrita como una “proeza maravillosa” por la doctora Margaret Chan, ex Directora General de la Organización Mundial de la Salud. Como preparación para el cambio de vacuna, el grado de compromiso de los países para la introducción de la IPV significó un nuevo impulso colectivo hacia la consecución del objetivo de

erradicación de la poliomielitis. Y, al acercarnos al logro de la erradicación, se ha iniciado un proceso de transición para prepararnos para un mundo libre de la poliomielitis.

La realización efectiva y oportuna de estas actividades pone de manifiesto la involucración activa de múltiples socios que aportaron muchos años de proyectos muy específicos. Los artículos del suplemento proporcionan evaluaciones detalladas de los esfuerzos realizados en áreas como las de estrategia y gestión, planificación e implementación, comunicaciones, financiamiento, suministro de vacunas y fortalecimiento de la vacunación de rutina. Además, las regiones y los países han participado directamente con un número importante de artículos del suplemento, lo cual ofrece una perspectiva única respecto a los retos prácticos que fue preciso superar en una amplia variedad de contextos diversos.

El registro documentado de estas experiencias y enseñanzas a lo largo del suplemento, proporciona un conjunto de datos importante y podrá ser útil para orientar futuros esfuerzos similares, desde iniciativas coordinadas a nivel mundial hasta la retirada prevista de todas las OPV, la introducción de vacunas y la planificación de la transición de la poliomielitis.

Puede accederse sin costo alguno al suplemento en:

https://academic.oup.com/jid/issue/216/suppl_1

Fuente: http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/JID_supplement_polio_endgame_july2017/en/



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C. 20037, EUA
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org