



APLICACIÓN DE LA AGENDA DE INMUNIZACIÓN 2030:

Un marco de acción a través de planificación coordinada, seguimiento, evaluación, implicación, rendición de cuentas, comunicación y promoción

Fecha de la versión: 14 de mayo de 2021

Índice

1. Introducción	3
Propósito.....	4
Codesarrollo de la AI2030.....	4
Principios rectores	5
2. Marco de Acción de la AI2030	6
Planificación operativa coordinada.....	7
Seguimiento y evaluación	7
Implicación y rendición de cuentas.....	11
Comunicación y promoción como elemento facilitador transversal.....	16
3. Aplicación de la AI2030 por niveles	17
Aplicación nacional	17
Colaboración y apoyo regionales.....	19
Compromisos mundiales	20
4. La AI2030 en el contexto de la COVID-19	21
5. Agenda de aprendizaje para el camino por recorrer	23
Lista de acrónimos	25
Anexo 1 - Marco de seguimiento y evaluación	27
<u>Elaboración más detallada de los indicadores de meta de impacto y objetivos de prioridad estratégica.....</u>	<u>68</u>

APLICACIÓN DE LA AGENDA DE INMUNIZACIÓN 2030:

Un marco de acción a través de planificación coordinada, seguimiento, evaluación, implicación, rendición de cuentas, comunicación y promoción

1. Introducción

1.1. En agosto de 2020, la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la **Agenda de Inmunización 2030: Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás (AI2030)** en la resolución WHA73/(9). La AI2030 define lo que es necesario para alcanzar la visión de «un mundo en el que todas las personas, en todas partes y a todas las edades, se beneficien plenamente de las vacunas para su salud y bienestar».

1.2. La AI2030 es una **estrategia universal** creada para la comunidad mundial por lo que requiere una amplia implicación de todas las partes interesadas en la inmunización y otras actividades, incluidas las que participan en el fortalecimiento de los sistemas de salud y las iniciativas específicas por enfermedad. Aunque se pidió a la OMS que liderara el proyecto de la AI2030, todas las partes involucradas fueron partícipes de su creación y desarrollo, y ahora comparten su titularidad. La AI2030 ha sido diseñada para responder a los intereses de **todos y cada uno de los países**, independientemente del nivel de ingresos o la geografía. Conscientes de que son los Estados Miembros los que deben tomar las medidas más importantes para lograr el éxito, la iniciativa AI2030 tiene como objetivo reforzar la implicación de los países en la planificación y ejecución de programas de vacunación eficaces y completos.

1.3. La AI2030 será operativa a través de cuatro elementos críticos:

- estrategias regionales y nacionales (**planificación operativa**);
- un mecanismo para garantizar **implicación y rendición de cuentas**;
- un marco de **seguimiento y evaluación** para orientar la ejecución;
- **comunicación y promoción** para asegurar que la inmunización siga siendo una prioridad en las agendas de salud y aunar apoyo a la AI2030.

1.4. En este momento crucial para la inmunización, la aplicación de la AI2030 se centrará inicialmente en una **respuesta integral a la pandemia de COVID-19** y en la reparación de los daños que ha causado. Una prioridad urgente es aumentar rápida y equitativamente las vacunas contra la COVID-19 en todos los países. Para los numerosos países que carecen de programas de vacunación de adultos, esto supone un gran reto. Además, la atención actual que se presta a la COVID-19 resta recursos a las actividades de vacunación existentes, lo que obliga a los países a hacer frente a la interrupción de sus servicios de inmunización y otros que son esenciales para la atención primaria.

1.5. Estos desafíos determinan las prioridades inmediatas para la implementación de la AI2030, una iniciativa que apoyará la acción colectiva urgente destinada a recuperar las vacunas perdidas y reconstruir los servicios esenciales. El compromiso que asume la AI2030 de eliminar las deficiencias de equidad, en particular reducir el número de comunidades con dosis cero (las que no reciben ninguna vacuna esencial), será más importante que nunca, ya que los países se enfrentan al doble reto de introducir la vacunación contra la COVID-19 y mantener y reforzar los programas de inmunización en marcha. Los niños de las zonas rurales remotas, los barrios marginales urbanos y las comunidades afectadas por los conflictos no deben quedar relegados mientras el mundo se recupera de la COVID-19.

1.6. Reconstruir los programas de inmunización de esta manera también contribuirá en gran medida al fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud. Los programas eficaces de inmunización para niños y adultos, incluidos los dedicados a la COVID-19, constituirán el núcleo de los sistemas de atención primaria de salud resilientes y sostenibles que serán fundamentales para la futura seguridad sanitaria mundial.

Propósito

1.7. El propósito de este **Marco de Acción** es describir cómo se integrará cada uno de los cuatro elementos clave con el fin de garantizar que la estrategia AI2030 se aplique con éxito y se alcance su visión.

1.8. Este documento resume en primer lugar un conjunto de consideraciones generales y, a continuación, aborda los aspectos siguientes:

- Cómo funciona cada uno de los cuatro elementos clave como «**Marco de Acción**» (sección 2).
- Cómo se **traducirán en su aplicación** a nivel nacional, regional y mundial (sección 3).
- Consideraciones adicionales dado el contexto actual de la **COVID-19** (sección 4).
- Cómo una **agenda de aprendizaje** abrirá el camino hacia el futuro (sección 5).

Se incluye un **anexo** con una descripción más detallada del componente de seguimiento y evaluación.

1.9. El presente documento, que se preparó por primera vez en noviembre de 2020, se ha actualizado para reflejar las observaciones de las consultas realizadas hasta la fecha con los **Estados Miembros¹ de la OMS** y el **Consejo Ejecutivo de la OMS**, así como las aportaciones de otros interesados.

1.10. Al tratarse de un **documento dinámico**, esta guía se actualizará en función de las primeras experiencias de aplicación, las nuevas prioridades y desafíos y las probables necesidades que surjan durante la próxima década. En particular, será necesario revisar y adaptar cuidadosamente los indicadores de la AI2030 a la luz de la evolución que experimente la pandemia de la COVID-19 y su efecto en los programas de inmunización. La agenda de aprendizaje AI2030 proporciona un marco inicial para la puesta al día de este documento.

Codesarrollo de la AI2030

1.11. Durante 2019, el documento básico donde se describen la estrategia y la visión de la AI2030 se elaboró conjuntamente con los Estados Miembros y los asociados comprometidos en mejorar los resultados de inmunización. Este enfoque de codesarrollo continuó en 2020 y 2021, y ha sustentado el proceso de los elementos operativos definidos en este documento.

1.12. La planificación de la implementación de la AI2030 se basa en las enseñanzas extraídas del Plan de acción mundial sobre vacunas (PAMV)². Además, cada uno de los cuatro elementos operativos se ha configurado a partir de las amplias aportaciones realizadas por las partes interesadas:

¹ Las consultas con los Estados Miembros de la OMS tuvieron lugar en diciembre de 2020 y el 8 de abril de 2021.

² <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330025>

- La elaboración del modelo de **implicación y rendición de cuentas** y la guía de **planificación operativa** ha corrido a cargo del equipo básico de asociados de la AI2030³. En julio y agosto de 2020, tuvieron lugar extensas consultas con una amplia gama de interesados directos, desde funcionarios gubernamentales de alto nivel, gestores de programas nacionales de inmunización y representantes de los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización (NITAG), el mundo académico, sectores ajenos a la salud y organizaciones de la sociedad civil (OSC), hasta asociados para el desarrollo procedentes de países de ingresos bajos, medianos y altos.
- El enfoque de **seguimiento y evaluación** ha sido concebido por un grupo de trabajo integrado por representantes de los países y las regiones, en colaboración con los principales asociados de la AI2030, los siete grupos de trabajo de prioridades estratégicas de la AI2030 y en consulta con un grupo que hace las veces de caja de resonancia compuesto por otros representantes de los países, las oficinas regionales de la OMS, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS en materia de inmunización, el mundo académico y las organizaciones de la sociedad civil. En su reunión celebrada en octubre de 2020, el SAGE revisó los proyectos de modelos de implicación y rendición de cuentas, seguimiento y evaluación. El presente documento incorpora las revisiones recomendadas por el SAGE, así como otros aportes realizados por los asociados para el desarrollo.
- Se creó una estrategia de **comunicación y promoción** con las contribuciones de asociados de inmunización, expertos en comunicación y promoción, y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional, regional y mundial. Las aportaciones se recogieron a través de encuestas nacionales y regionales, entrevistas, debates de grupos de discusión y amplias consultas nacionales sobre implicación y rendición de cuentas. La estrategia concebida conjuntamente se está poniendo en práctica mediante un esfuerzo de colaboración para hacer realidad las actividades de lanzamiento propuestas, un marco de mensajes y estructuras que garanticen un compromiso continuo a lo largo de la década establecida.

Principios rectores

1.13. El Marco de Acción se basa en los principios siguientes:

- **Infundir una amplia implicación para lograr la visión de la AI2030** entre todas las partes interesadas en la inmunización y en no vacunarse, incluidas las que participan en el fortalecimiento del sistema de salud y en iniciativas específicas por enfermedad. La implicación de los países es clave para lograr la visión de la AI2030 porque las acciones más importantes serán responsabilidad de cada país.
- **Aprovechar y reforzar los mecanismos existentes** de coordinación, rendición de cuentas, planificación, seguimiento y evaluación, y promoción a nivel nacional, regional y mundial.
- **Fomentar los ciclos de mejora continua de la calidad** utilizando datos oportunos, fiables y adecuados a su fines.
- **Establecer y reforzar** la rendición de cuentas de las partes interesadas y la concordancia técnica para abordar las necesidades de los países.

³ El equipo básico de la AI2030 ha sido dirigido conjuntamente por la OMS y el UNICEF, con miembros del Wellcome Trust, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Secretaría de Gavi, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. y el grupo de organizaciones de la sociedad civil de Gavi.

- **Ajustarse y armonizarse** con los planes regionales y nacionales existentes y las estrategias mundiales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la cobertura sanitaria universal (CSU) y Gavi 5.0.

2. Marco de Acción de la AI2030

2.1. Para **impulsar las acciones** que permitan avanzar en la implementación de la AI2030, se incorporan cuatro elementos operativos clave (**figura 1**).

Figura 1: Marco de Acción de la AI2030 con cuatro elementos operativos para impulsar la aplicación



2.2. Cada uno de estos elementos es fundamental para obtener una mejora continua en la calidad de los programas de inmunización y otros avances necesarios para alcanzar la visión de la AI2030:

1. **Planificación operativa coordinada** con acciones prioritarias para que sean ejecutadas por los países, las regiones y los asociados, y cuenten con el apoyo de las orientaciones provistas en los anexos técnicos dedicados a cada una de las siete prioridades estratégicas de la AI2030.
2. **Seguimiento y evaluación** con indicadores basados en acciones para supervisar y evaluar el progreso logrado hacia las metas y los objetivos de prioridad estratégica de la AI2030, con el fin de fundamentar las medidas correctivas cuando sea necesario.
3. **Implicación y rendición de cuentas** con estructuras y plataformas para garantizar que se obtengan compromisos de las partes interesadas, se facilite y armonice el apoyo técnico y se haga seguimiento de los progresos.
4. **Comunicación y promoción:** un elemento transversal que generará mensajes y acciones coordinados en momentos clave para cumplir con los objetivos de rendición de cuentas a lo largo de la década.

Planificación operativa coordinada

2.3. La planificación operativa coordinada efectuada por los Estados Miembros, los organismos regionales, los asociados para el desarrollo y la sociedad civil es el medio para traducir la visión de la AI2030 en acciones concretas a corto plazo. Teniendo en cuenta el contexto y los conocimientos nacionales, los Estados Miembros incorporarán los aspectos prioritarios de la AI2030 en sus estrategias y planes nacionales a medida que estos se vayan actualizando. Las prioridades iniciales incluirán la ampliación de la vacunación contra la COVID-19 y la recuperación de la inmunización y de otros servicios sanitarios esenciales hasta alcanzar al menos los niveles anteriores a la pandemia.

2.4. La planificación operativa de la AI2030 está totalmente coordinada con los mecanismos existentes (como los grupos regionales de asesoramiento técnico sobre inmunización [RITAG] y los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización [NITAG]) utilizados por las regiones y los Estados Miembros al establecer prioridades regionales y nacionales en materia de inmunización y elaborar planes de ejecución encaminados a alcanzar las metas de los ODS relacionadas con la salud. También tendrá en cuenta las iniciativas de duración determinada (p. ej., COVAX), complementará la estrategia de Gavi 2021-2025 y buscará la integración de intervenciones específicas por enfermedad. Aunque los procesos de planificación variarán según los países y las regiones, incorporarán pasos clave similares para asegurar que se comprenden plenamente las necesidades de inmunización, se cubren las lagunas, se prioriza según el contexto local, se fijan objetivos realistas y significativos, y se comprometen recursos suficientes.

2.5. Uno de los pasos fundamentales de la planificación es reunir a las partes interesadas de dentro y fuera de la inmunización y la salud para revisar la evidencia y las enseñanzas aprendidas, comprender las causas de fondo y determinar las necesidades de mejora. Los procesos de planificación deben referirse a las mejores prácticas y basarse en orientaciones técnicas actualizadas (como las proporcionadas en los anexos técnicos de la AI2030). Con objeto de apoyar la planificación de los países, la OMS va a publicar una serie de pautas actualizadas sobre cómo elaborar **estrategias nacionales de vacunación**. También será importante que las organizaciones de la sociedad civil y los asociados para el desarrollo armonicen sus contribuciones a fin de cumplir los objetivos y las metas de la AI2030.

2.6. La planificación operativa de la AI2030 también reforzará la convergencia e integración entre las iniciativas de control, eliminación y erradicación de enfermedades concretas, como las de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola. Al definir su nueva estrategia final, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP)⁴ articula sus compromisos con la AI2030 y demuestra cómo al integrar la erradicación de la poliomielitis y las actividades esenciales de inmunización se contribuirá a satisfacer las prioridades estratégicas de la AI2030. Asimismo, el nuevo marco⁵ estratégico decenal de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola señala explícitamente las contribuciones que se hacen a cada una de las prioridades estratégicas de la AI2030, lo que facilita la incorporación a los procesos de planificación nacionales y regionales.

Seguimiento y evaluación

El **marco de seguimiento y evaluación** de la AI2030 cuenta con indicadores basados en la acción destinados a favorecer la aplicación de ciclos de seguimiento, evaluación y acción, incluidos los circuitos de retroalimentación eficaces a nivel nacional, regional y mundial.

⁴ Aún no está disponible la estrategia sobre la poliomielitis.

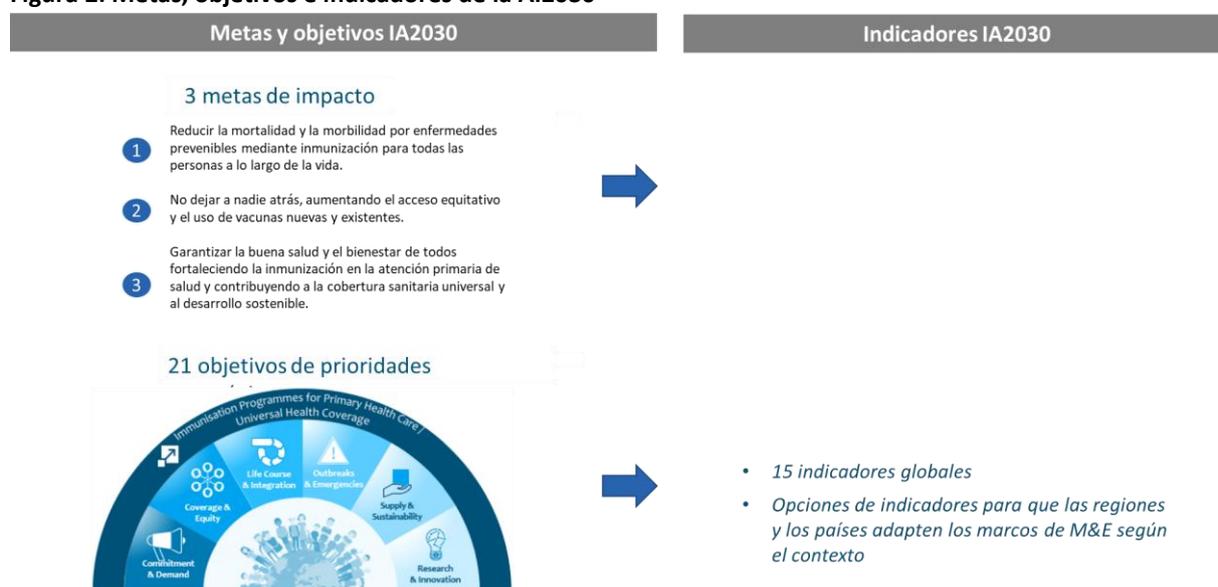
⁵ Disponible en: <https://measlesrubellainitiative.org/learn/the-solution/the-strategy/>

2.7. Los ciclos de seguimiento y evaluación, propiciados por una revisión técnica independiente periódica realizada a nivel nacional, regional y mundial, alientan a las partes interesadas de los programas sobre inmunización a plantearse continuamente las siguientes preguntas:

- ¿Cómo lo estamos haciendo? (**Seguimiento**)
- ¿Cómo podemos hacerlo mejor? (**Evaluación**)
- ¿Quién es responsable, de hacer qué, para obtener mejoras? (**Acción**)

2.8. El marco de seguimiento y evaluación incluye **indicadores adaptados** que permiten el uso de datos para tomar medidas con el fin de mejorar continuamente los programas de inmunización a todos los niveles. Establece indicadores concebidos para supervisar los avances hacia las tres metas de impacto de la AI2030 y los 21 objetivos comprendidos en sus siete áreas estratégicas prioritarias (figura 2).

Figura 2: Metas, objetivos e indicadores de la AI2030



Indicadores de metas de impacto

2.9. Hay siete indicadores de metas de impacto (**cuadro 1**). Se trata de medidas de resultados e impacto comunes a todos los niveles (nacional, regional y mundial) y están diseñados para controlar el progreso hacia las tres metas de impacto de la AI2030. Los avances alcanzados en la consecución de los indicadores de las metas de impacto se evaluarán en función de valores predeterminados. En el **anexo 1** se ofrece una descripción detallada de cada uno de los indicadores de las metas de impacto, incluidos los métodos empleados para establecer las metas y los principales usos del indicador a efectos de seguimiento, evaluación y acción.

Cuadro 1: indicadores de metas de impacto y objetivos de la AI2030⁶

Objetivo de impacto	Indicador	Objetivo 2030
1 Prevenir la enfermedad	Salvar vidas	1.1 Número de posibles muertes evitadas mediante la inmunización ¹
	Controlar, eliminar y erradicar EPV	1.2 Número y % de países que alcanzan los objetivos regionales o mundiales de control, eliminación y erradicación de PVD aprobados ²
	Reducir los brotes de EPV	1.3 Número de brotes grandes o perjudiciales de EPV ³
2 Promover la equidad	No dejar a nadie atrás	2.1 Número de niños con ninguna dosis
	Proporcionar acceso a todas las vacunas	2.2 Introducción de vacunas nuevas o infrautilizadas ⁴ en los países de ingresos bajos y medianos
3 Desarrollar programas de inmunización robustos	Entregar a lo largo del curso de la vida	3.1 Cobertura de inmunización a lo largo de la vida (DTP3, MCV2, PCV3, HPVc) ⁵
	Contribuir a la PHC/UHC	3.2 Cobertura del índice UHC de servicio

Indicadores de objetivos de prioridad estratégica

2.10. Los indicadores de objetivos de prioridad estratégica están diseñados para supervisar la consecución de los 21 objetivos de prioridad estratégica de la AI2030. También ayudarán a descubrir las posibles causas del éxito y el fracaso, de modo que se puedan recomendar y aplicar medidas para mejorar el rendimiento del programa. Estos indicadores son una combinación de medidas de aportaciones, procesos, productos y resultados, que reflejan la necesidad de supervisar el desempeño a nivel nacional, regional y mundial. No se han establecido metas mundiales para estos indicadores debido a las grandes variaciones nacionales y regionales. Se anima a que las regiones y los países evalúen los resultados de sus programas en función de los resultados obtenidos. Se recomienda a las regiones y a los países que evalúen el nivel de referencia de cada indicador y que establezcan metas para estos indicadores que tengan en cuenta el contexto local.

- **Los indicadores de objetivos de prioridad estratégica de los países** serán utilizados por los organismos nacionales para evaluar los progresos, recomendar acciones para la mejora del rendimiento de la inmunización, y servir de base a la priorización y la asignación de recursos y la formulación de políticas a nivel de los centros, subnacional y nacional. Con el fin de complementar los indicadores mundiales y regionales, se alienta a las oficinas regionales y de país de la OMS y del UNICEF a que apoyen a los Estados Miembros en la selección de otros indicadores de objetivos de prioridad estratégica para el seguimiento y la evaluación de los planes y estrategias nacionales de salud o inmunización que se adapten a las necesidades y el contexto locales.

⁶ 1. Antígenos de vacunas incluidos: HepB, Hib, VPH, JE, sarampión, MenA, Streptococcus pneumoniae, rotavirus, rubéola, fiebre amarilla, difteria, tétanos, tos ferina, BCG. Medidos en relación con los niveles de cobertura cero (ausencia de inmunización); el objetivo incluye las muertes evitadas durante la vida de la cohorte de nacimiento por las vacunas administradas durante 2021-30.

2. Erradicación (poliomielitis), eliminación de la transmisión (sarampión, rubéola), eliminación como problema de salud pública (VPH, TMN y neonatal, hepatitis B), control (encefalitis japonesa).

3. Los brotes grandes o nocivos de sarampión, poliomielitis, meningococo, fiebre amarilla, cólera y ébola se definirán en función de los criterios de cada enfermedad.

4. Vacunas incluidas: Dosis de HepB al nacer, Hib, VPH, IPV2, MCV2, PCV, rotavirus, rubéola, refuerzo de DTP, COVID-19, JE, YF, MenA, meningitis multivalente, tifoidea, cólera, dengue, rabia, HepA, gripe, varicela y paperas. La malaria y otras vacunas relevantes posiblemente se incluirán cuando se recomienden.

5. Posiblemente se incluya la cobertura de inmunización contra la COVID-19.

- **Los indicadores de objetivos de prioridad estratégica regional** están pensados para que los organismos regionales los utilicen con el fin evaluar los progresos, recomendar medidas para mejorar el desempeño y fundamentar el apoyo técnico adaptado a los países.⁷ Con objeto de complementar los indicadores mundiales, se alienta a que las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF elijan otros indicadores de objetivos de prioridad estratégica que se adapten a las necesidades y el contexto regionales.
- **Los indicadores de objetivos de prioridad estratégica mundial (15)** tienen por objeto evaluar los progresos realizados que han de servir para recomendar acciones de mejora de los resultados a nivel mundial y poner de relieve las deficiencias críticas de rendimiento que deben evaluarse y abordarse en mayor medida a nivel regional y nacional (**cuadro 2**). En el **anexo 1** se ofrece una descripción detallada de cada indicador.

Cuadro 2: indicadores propuestos para los objetivos de prioridad estratégica mundial de la AI2030 (15)

SP 1: Immunization Programmes for PHC/UHC	SP 2: Commitment & Demand	SP 4: Life course & Integration	SP 6: Supply & Sustainability
<p>1.1 Proportion of countries with evidence of adopted mechanism for monitoring, evaluation and action at national and subnational levels</p> <p>1.2 Density of physicians, nurses and midwives per 10,000 population</p> <p>1.3 Proportion of countries with on-time reporting from 90% of districts for suspected cases of all priority VPDs included in nationwide surveillance</p> <p>1.4 Proportion of time with full availability of DTPcv and MCV at service delivery level (mean across countries)</p> <p>1.6 Proportion of countries with at least 1 documented individual serious AEFI case safety report per million total population</p>	<p>2.1 Proportion of countries with legislation in place that is supportive of immunization as a public good</p> <p>2.2 Proportion of countries that have implemented behavioural or social strategies (i.e., demand generation strategies) to address under-vaccination</p>	<p>4.1 Breadth of protection (mean coverage for all WHO-recommended vaccine antigens, by country)</p>	<p>6.1 Level of health of the vaccine market, disaggregated by vaccine antigens and country typology**</p> <p>6.2 Proportion of countries whose domestic government and donor expenditure on primary health care increased or remained stable</p> <p>6.3 Proportion of countries whose share of national immunization schedule vaccine expenditure funded by domestic government resources increased</p>
	SP 3: Coverage & Equity	SP 5: Outbreaks & Emergencies	SP 7: Research & Innovation
	<p>3.2 DTP3, MCV1, and MCV2 coverage in the 20% of districts with lowest coverage (mean across countries)</p>	<p>5.1 Proportion of polio, measles, meningococcus, yellow fever, cholera, and Ebola outbreaks* with timely detection and response</p>	<p>7.1 Proportion of countries with an immunization research agenda</p> <p>7.2 Progress towards global research and development targets***</p>

* includes only outbreaks with an outbreak response vaccination campaign

** following attributes will be measured: supply meeting demand; individual supplier risk; buffer capacity; long term competition

*** Targets will be set no later than 2022 and endorsed by SAGE

2.11. Mediante el seguimiento y análisis de los progresos obtenidos por los indicadores de la AI2030, los organismos independientes de revisión técnica pueden recomendar áreas que precisen una evaluación más profunda a cargo de los organismos nacionales y regionales y grupos de trabajo de la AI2030, tal y como se describe en la sección siguiente. Se fomentará la evaluación de las políticas, estrategias e intervenciones de cada prioridad estratégica a nivel nacional, regional y mundial como parte integrante de los ciclos de seguimiento y evaluación. Se necesitarán diversos métodos de evaluación para analizar las políticas, estrategias e intervenciones en diferentes contextos. Las actividades de evaluación llevadas a cabo por los grupos de trabajo se basarán en la participación consultiva con los países, las regiones, los asociados y la sociedad civil, así como en las observaciones aportadas por los grupos independientes de revisión técnica (p. ej., SAGE, RITAG) y de la asociación AI2030 a nivel mundial.

⁷ En el anexo 1 se incluyen orientaciones para la selección de los indicadores de objetivos de prioridad estratégica regional y nacional.

Implicación y rendición de cuentas

2.12. Alcanzar la visión establecida en la estrategia decenal AI2030 dependerá de numerosas y variadas partes interesadas, cada una de las cuales asumirá responsabilidades acordadas para cumplir las metas fijadas (**implicación**). Para garantizar que estas contribuciones se entienden, ejecutan y supervisan, existirá un proceso de comprobación de responsabilidades de todos los interesados (**rendición de cuentas**) que ayudará a los países y los asociados a no desviarse del camino trazado.

2.13. Como tal, el modelo de implicación y rendición de cuentas para la AI2030 hace visibles los compromisos asumidos por los diferentes interesados directos y asegura la rendición de cuentas mediante un seguimiento regular. Con el apoyo del marco de seguimiento y evaluación de la AI2030, los asociados de todos los niveles dispondrán de los datos necesarios para examinar los progresos y el rendimiento en relación con determinados hitos, de modo que puedan adoptar medidas correctivas cuando sea necesario.

2.14. Como se destaca en el informe 2020 del Grupo independiente sobre rendición de cuentas de las Naciones Unidas⁸, para que un marco de rendición de cuentas resulte eficaz debe basarse en cuatro pilares interconectados, lo que da lugar a las siguientes preguntas:

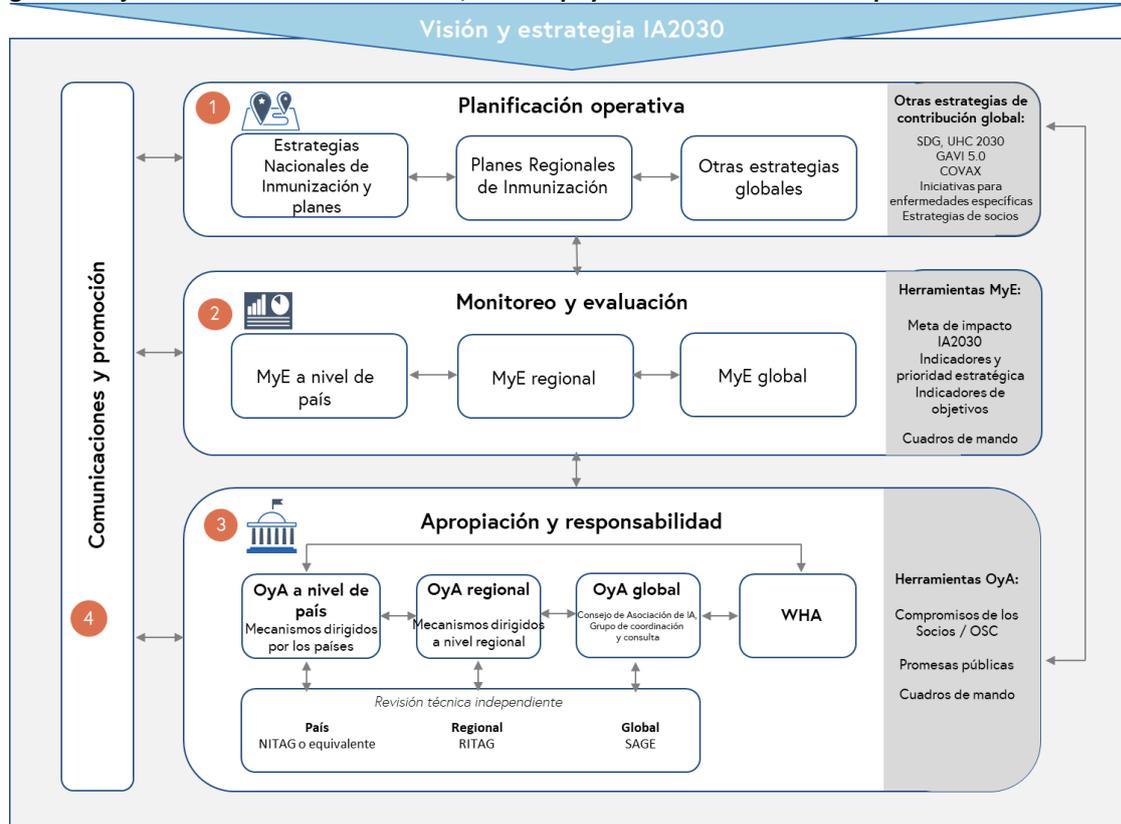
- **Compromiso:** ¿Nos hemos comprometido con las metas específicas, las responsabilidades definidas y los recursos necesarios?
- **Justificación:** ¿Se han justificado nuestras decisiones y acciones para reforzar la consecución de metas y derechos por la evidencia, los derechos y el estado de derecho?
- **Implementación:** ¿Supervisaremos y comprobaremos los datos, incluso a través de una revisión independiente, y adoptaremos las medidas necesarias?
- **Avances:** ¿Avanzaremos continuamente de forma efectiva, eficiente y equitativa hacia los derechos y metas acordados?

2.15. Este marco de buenas prácticas sirve de orientación para diseñar un enfoque de implicación y rendición de cuentas, integrando estructuras, herramientas y flujos de información necesarios (**figura 3**).

2.16. Al crear el enfoque de implicación y rendición de cuentas, los Estados Miembros y los asociados para el desarrollo han solicitado un uso más sistemático y coordinado de las estructuras existentes a nivel nacional, regional y mundial. Además, las contribuciones compartidas de los asociados para el desarrollo (incluido el sector privado) y las organizaciones de la sociedad civil deberían adaptarse a contextos nacionales y regionales concretos, con una mayor visibilidad y consolidación de las iniciativas específicas por enfermedades prevenibles mediante vacunación.

⁸ Grupo independiente sobre rendición de cuentas de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños» del Secretario General de las Naciones Unidas. Informe 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

Figura 3: flujo de información de la AI2030, con el apoyo de cuatro elementos operativos

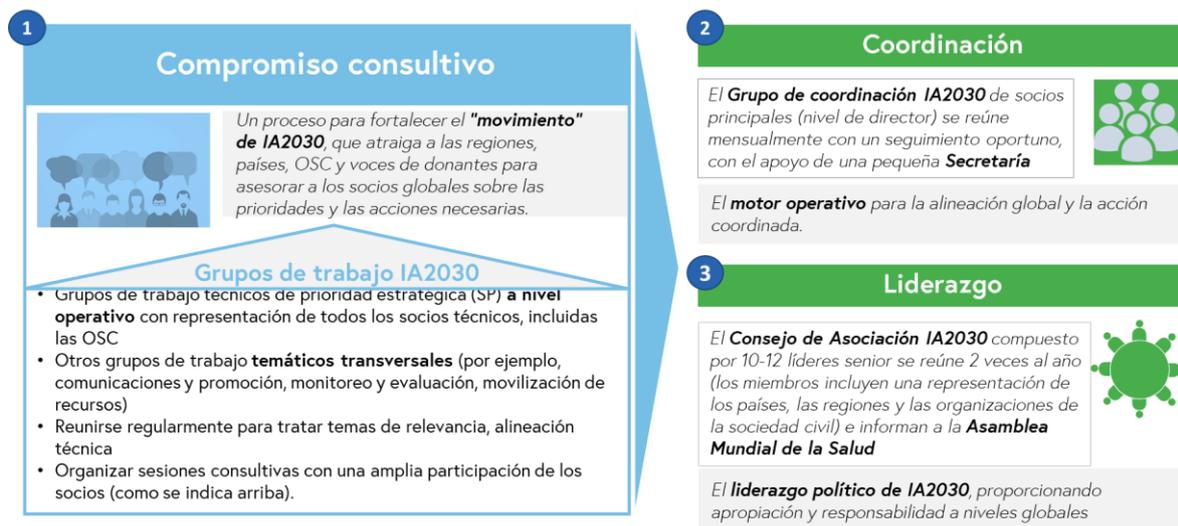


Un modelo de asociación a nivel mundial

2.17. El **modelo de asociación a nivel mundial** para la AI2030 proporciona un foro general a la inmunización que pretende representar los intereses de todos los países, dar voz a las partes interesadas de la sociedad civil y cubrir todas las enfermedades prevenibles por vacunación. Para ello, combinará un proceso de participación consultiva a través de grupos de trabajo, armonización operativa a cargo de un grupo de coordinación y liderazgo político proporcionado por un consejo de asociación. Utilizará herramientas de nuevo diseño a fin de aportar mayor visibilidad y evidencia que sirvan de base a las decisiones de los asociados destinadas a impulsar acciones correctivas a nivel nacional, regional y mundial encaminadas a lograr la visión de la AI2030.

2.18. El modelo comprende tres pilares interrelacionados, como se representa más adelante (**figura 4**), cada uno de los cuales desempeña un papel importante para formar la base de la asociación mundial AI2030. Trabajando juntos, los componentes abordan un vacío crítico en las estructuras generales de implicación y rendición de cuentas alineadas con la nueva visión y estrategia de la década. A continuación se presentan los tres componentes, que se detallarán más en un anexo a este marco sobre implicación y rendición de cuentas, actualmente en desarrollo.

Figura 4: los tres componentes del modelo mundial de implicación y rendición de cuentas de la AI2030



2.19. Los principios siguientes orientarán el funcionamiento del modelo mundial de implicación y rendición de cuentas:

- **Ofrecer a las partes interesadas algo diferente:** con objeto de evitar la duplicación, el modelo se centrará en la inmunización, al tiempo que garantizará una estrecha participación con programas de salud de mayor alcance, como la cobertura sanitaria universal y la salud materna, neonatal e infantil.
- **Dar voz a todos los países, regiones y comunidades:** el enfoque velará por que todos los grupos interesados puedan participar de manera significativa en las deliberaciones a nivel mundial.
- **Aprovechar las estructuras nacionales y regionales:** el modelo utilizará diversos foros existentes para revisar los progresos de los asociados para el desarrollo, las organizaciones de la sociedad civil y los Estados Miembros con respecto a las promesas y las metas establecidas en las tarjetas de puntuación.
- **Tratar la fragmentación:** el enfoque tiene por objeto llegar a un consenso y crear incentivos para que los asociados trabajen más eficazmente en las iniciativas específicas de cada enfermedad.
- **Concentrarse en las prioridades:** el diálogo a nivel mundial y las acciones resultantes se centrarán en los países prioritarios y los temas primordiales determinados mediante datos basados en la evidencia, procesos consultivos y grupos de trabajo temáticos.
- **Mantener un enfoque técnico:** para aprovechar las valiosas colaboraciones utilizadas en la elaboración de las prioridades estratégicas de la AI2030, los grupos de trabajo de este programa se reunirán periódicamente con la intención de facilitar la armonización

técnica en las áreas estratégicas prioritarias, dando forma así a la coordinación y a las acciones mundiales.

- **Duración limitada:** reconociendo la complejidad y la constante evolución del panorama sanitario mundial, con sus innumerables iniciativas y múltiples mecanismos asociados, el modelo tendrá una duración limitada de tres años, a la que seguirá una revisión completa a cargo de la asociación para analizar su valor y determinar su futuro.

Grupos de trabajo y participación consultiva

2.20. Inicialmente, se organizaron **grupos de trabajo** en torno a las prioridades estratégicas de la AI2030 para apoyar el desarrollo colaborativo de la visión y la estrategia de la AI2030 (2019) y los anexos técnicos (2020). Los grupos de trabajo seguirán desempeñando un importante papel de convocatoria durante 2021-2023 con objeto de apoyar los debates centrados y la armonización técnica en las áreas de interés temáticas o transversales, lo que incluye el apoyo a las actividades mundiales de seguimiento y evaluación, comunicación y promoción. Pueden complementar, ampliar, incorporar o ser incorporados por los mecanismos vigentes a nivel mundial o regional, como los establecidos para el Mecanismo COVAX, Gavi 5.0 y las iniciativas de control de enfermedades. Los grupos de trabajo darán forma a los debates regulares a nivel operativo, indicarán las áreas que requieren atención de los actores regionales o mundiales, y se integrarán en las estructuras mundiales, entre ellas el Grupo de Coordinación y el Consejo de Asociación de la AI2030 (IAPC), como se describe a continuación.

2.21. Se organizará la **participación consultiva** con los países, las regiones, las organizaciones de la sociedad civil y otros asociados sobre los temas de aplicación de la AI2030 con la finalidad de compartir en tiempo real los éxitos y los desafíos de los programas sobre inmunización, y ofrecer un aprendizaje mutuo y un intercambio de conocimientos entre los sectores y los países. De forma rotativa, y en función de los temas propuestos por los países y las regiones, se prestará apoyo a los grupos de trabajo (o a los grupos constitutivos de la alianza o a las comunidades de práctica) con el fin de que organicen eventos virtuales, abiertos y multilingües con un formato estructurado y facilidad para ampliar la contribución de los participantes. Estos puntos de contacto de participación consultiva ayudarán a señalar y plantear cuestiones para que las consideren el Grupo de Coordinación y el IAPC. Así es como contribuyen al movimiento de la AI2030, aportando voces y perspectivas críticas de las regiones, los países y las organizaciones de la sociedad civil de forma previsible y estructurada, y enriqueciendo los debates a nivel mundial.

Coordinación

2.22. El **Grupo de Coordinación de la AI2030** estará formado por 7-8 Directores de Programa de las principales agencias de inmunización y socios. En sus funciones de supervisión a nivel mundial, estas personas tendrán en cuenta los aportes recibidos a través de los grupos de trabajo de la AI2030 y la participación consultiva, ayudando a impulsar soluciones para abordar los cuellos de botella operativos y la alineación técnica. El Grupo de Coordinación también asesorará en la preparación de los informes formales de la AI2030 (por ejemplo, para la AMS o el SAGE) y establecerá la agenda de las reuniones del CIP.

2.23. Gracias a sus reuniones mensuales, los asociados principales mantienen un diálogo regular (y más informal) en apoyo de la aplicación de la AI2030. Se creará un pequeño **equipo virtual de la Secretaría** de la AI2030, con personal específico procedente de las organizaciones asociadas, destinado a brindar apoyo logístico y técnico al Grupo de Coordinación de la AI2030 y a las estructuras asociadas.

Liderazgo

2.24. El **Consejo de Asociación de la AI2030 (IAPC)** está formado por 10-12 líderes de alto nivel de los socios de inmunización que operan a nivel mundial, así como por representantes de los países, las regiones y la sociedad civil. La IAPC refuerza, complementa y se basa en las estructuras existentes a nivel nacional y regional, y centra la atención de los socios mundiales en las áreas técnicas prioritarias, los cuellos de botella en la implementación, los avances en relación con los objetivos mundiales de inmunización y los compromisos de los socios. Se ha creado como un mecanismo de rendición de cuentas (o estructura de gobernanza) para poner en marcha la década AI2030 con tres objetivos principales:

- Supervisar y revisar los avances conseguidos en relación con las **metas de la AI2030** y el **apoyo de los asociados mundiales**.
- **Defender, invertir y alinear** las acciones clave señaladas para mejorar el progreso.
- Movilizar el **liderazgo político** e impulsar la **acción de los asociados mundiales**.

Compromisos de los socios

2.25. La financiación nacional seguirá siendo la contribución más importante en general en materia de inmunización. Los socios para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil especificarán sus compromisos previstos y sus contribuciones adicionales, en consonancia con sus funciones técnicas y las prioridades estratégicas de la IA2030. Esto garantizará una mayor transparencia y facilitará el seguimiento de sus contribuciones, y promoverá la responsabilidad en la consecución de los objetivos de la IA2030. Este proceso se está desarrollando actualmente y pretende complementar y alinearse con los mecanismos de compromiso existentes, tales como Gavi, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y otros.

2.26. Los compromisos pueden adoptar diversas formas. Algunos socios podrían comprometerse a prestar apoyo financiero, recursos humanos o apoyo logístico (por ejemplo, la gestión de la Secretaría de AI2030). Otros podrían comprometerse a asumir el liderazgo técnico en áreas estratégicas prioritarias específicas de la AI2030 a nivel mundial, regional o nacional, o a asumir funciones clave en la comunicación y la promoción regional.

2.27. A nivel mundial, los socios del desarrollo y las OSC pueden trazar un mapa de los compromisos existentes para evaluar las brechas e informar sobre los esfuerzos de movilización. En última instancia, estos compromisos (actuales y nuevos) podrían formar parte de las tarjetas de puntuación (véase la siguiente sección) y estar disponibles en el sitio web de IA2030. Cada año, la IAPC revisará los avances en relación con estos compromisos, y se espera que se actualicen cada 3-5 años. A nivel regional y nacional, la frecuencia de los compromisos se ajustará a los ciclos de planificación de las regiones y los Estados miembros y tendrá lugar dentro de los mecanismos de coordinación existentes.

Tarjetas de puntuación a medida

2.28. Se utilizarán tarjetas de puntuación para hacer seguimiento de los avances, tal y como indiquen los resultados de los indicadores de la meta de impacto y las prioridades estratégicas de la AI2030, así como los compromisos adquiridos en materia de recursos técnicos, promocionales y financieros. Las tarjetas de puntuación se emplearán para dos objetivos distintos:

- Medir el progreso hacia la meta de impacto de la AI2030 y las prioridades estratégicas mundiales, y ver las contribuciones realizadas para ello a nivel nacional, regional y mundial.

- Evaluar los avances en relación con los compromisos asumidos públicamente por los asociados para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil a escala mundial, regional y nacional.

2.29. Las tarjetas de puntuación se adaptarán para que las utilicen los países, las regiones y los agentes mundiales. Se usarán para fundamentar la toma de decisiones y centrar la atención en las prioridades, destacar los avances, fomentar el aprendizaje entre los Estados Miembros, apoyar los esfuerzos de movilización de recursos, la planificación y la colaboración e impulsar las medidas correctivas. Con este enfoque adaptado se apoyará una mayor rendición de cuentas de los países, los asociados para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil.

2.30. La OMS facilitará la elaboración de tarjetas de puntuación mundiales cada año, recopilando datos de los indicadores del marco de seguimiento y evaluación de la AI2030 y de otras fuentes (p. ej., las promesas de los asociados). Las tarjetas de puntuación serán examinadas a nivel mundial por el Consejo de Asociación de la AI2030 y entidades independientes de revisión técnica. Se proporcionarán plantillas de tarjetas de puntuación a las regiones y los países a fin de favorecer los ciclos de seguimiento, evaluación y acción adaptados.

Comunicación y promoción como elemento facilitador transversal

2.31. **La comunicación y la promoción** serán esenciales para respaldar la planificación operativa coordinada, el seguimiento y la evaluación, así como la implicación y la rendición de cuentas, propiciando el compromiso político, la implicación de los países y la concienciación sobre la AI2030.

2.32. Los principales objetivos que guían la elaboración de la estrategia sobre comunicación y promoción son los siguientes:

- Asegurarse de que **la inmunización sigue ocupando un lugar destacado en la agenda de salud mundial** y se integra en temas más amplios como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la cobertura sanitaria universal, la nutrición y el género.
- Velar por que los Estados Miembros **se impliquen firmemente** en la AI2030 para fomentar las prioridades y los avances en materia de inmunización.
- Reforzar **la rendición de cuentas sobre los avances** conseguidos con respecto a las metas de vacunación, y reconocer y celebrar los éxitos obtenidos.

2.33. La estrategia de comunicación y promoción formulará un enfoque que sea aceptable, tanto técnica como culturalmente, en **diferentes contextos regionales y de los Estados Miembros**, y que contribuya a crear un amplio movimiento social a favor de la inmunización. Se utilizará un lenguaje y unos conceptos ampliamente comprensibles con idea de conseguir la participación de todos los sectores de la comunidad.

2.34. Entre los mensajes clave figuran la importancia de la inmunización para la seguridad sanitaria mundial, su potencial para sentar las bases de sistemas de atención primaria de salud resistentes y sostenibles que ofrezcan una cobertura sanitaria universal, la importancia del acceso y la equidad (incluido llegar a los niños con dosis cero), y el papel de la innovación para mejorar el alcance y el impacto de los programas de inmunización.

2.35. Una de las claves del éxito de la AI2030 será garantizar la participación continua de los asociados y una adhesión constante a la visión compartida. Por lo tanto, la creación de estructuras y actividades que permitan mantener el impulso más allá del lanzamiento será fundamental para

poner en marcha la comunicación y la promoción. Un objetivo primordial será movilizar a las partes interesadas periódicamente en torno a hitos importantes y momentos cruciales, creando así un ritmo de actividades perdurable a lo largo de la década. De este modo se asegurará que la inmunización siga siendo una prioridad en las agendas de salud mundiales y regionales, y contribuirá a generar un gran apoyo o un movimiento social en pro de la vacunación. En las acciones de comunicación y promoción se colaborará estrechamente con los grupos de trabajo de la AI2030 para armonizar prioridades, detectar oportunidades de participación, coordinar intervenciones y reforzar la rendición de cuentas por las metas de la AI2030, y celebrar los progresos realizados.

2.36. Las iniciativas flexibles y adaptables, dirigidas a una serie de audiencias, también ayudarán a las regiones y a los Estados Miembros a contextualizar datos y pruebas, y a transmitir mensajes a través de diversas plataformas. La estrategia de comunicación y promoción se coordinará con la labor de otras iniciativas de comunicación orientadas a fomentar la confianza en las vacunas y su demanda.

3. Aplicación de la AI2030 por niveles

3.1. El Marco de Acción de la AI2030 se pondrá en práctica a nivel nacional, regional y mundial, con el apoyo de las siguientes herramientas, estructuras y procesos clave.

Aplicación nacional

3.2. Los Estados Miembros son en última instancia responsables de la implementación y financiación de la AI2030 con planes y presupuestos nacionales concretos, incluidos los centrados en la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 y la recuperación de servicios de salud esenciales durante los primeros años de la AI2030. Los compromisos de los países son fundamentales para alcanzar y mantener los objetivos y metas nacionales de inmunización que contribuyen a la visión compartida de la AI2030.

3.3. Los Estados Miembros priorizarán los elementos de la AI2030 en función de sus contextos nacionales y regionales. Por ejemplo, es probable que muchos den prioridad inicialmente a planes nacionales concretos centrados en administrar las vacunas contra la COVID-19 y la recuperación de los servicios de salud esenciales. Algunos países con programas de alta cobertura y bien dotados de recursos pueden dedicarse principalmente a desmentir los intentos de socavar la confianza en las vacunas en las plataformas de los medios sociales. También es posible que otros países den prioridad al acceso a suministros de vacunas asequibles y de calidad garantizada, o a estrategias dirigidas a los niños a los que no llegan los servicios de salud integrados. Otros países pueden considerar prioritaria la introducción de vacunas recomendadas aún no incluidas en los programas de inmunización. Cada país que trabaje para abordar sus respectivas prioridades en el marco de la AI2030 contribuirá a lograr un impacto mundial compartido.

3.4. La aplicación de la iniciativa AI2030 por parte de los Estados Miembros a través de sus planes y estrategias nacionales respectivos (**tabla 3**) se basará en:

- **Aportación técnica de expertos:** el apoyo adaptado a cada país, coordinado a través de las oficinas regionales de la OMS y del UNICEF, y aprovechando la labor de los grupos asesores técnicos nacionales y regionales (p. ej., NITAG y RITAG) se basará en las orientaciones del SAGE para ayudar a los ministerios de salud a establecer prioridades. Los anexos técnicos para cada Prioridad Estratégica (PE) de la AI2030 ayudarán a los Estados Miembros a determinar acciones que permitan acometer las prioridades programáticas.

- **Estrategias nacionales de inmunización y planes operativos actualizados.** Los Estados Miembros actualizarán progresivamente las estrategias nacionales y los planes operativos que reflejen sus nuevas prioridades en el contexto de la respuesta a la COVID-19 y la recuperación y las metas a largo plazo de la AI2030.
- **Ciclos de seguimiento, evaluación y acción:** se instará a los Estados Miembros a implementar estos ciclos (incluidos los circuitos de retroalimentación eficaces) a todos los niveles para: 1) medir y revisar los datos relativos a los indicadores de la meta de impacto y del objetivo de prioridad estratégica de la AI2030 de forma periódica; 2) evaluar los avances nacionales o subnacionales y de los asociados u organizaciones de la sociedad civil mediante tarjetas de puntuación o tableros adaptados a los indicadores, señalar las posibles causas básicas de éxitos y fracasos, y determinar las áreas de mejora; y 3) recomendar, planificar, aplicar y revisar las acciones para mejorar los resultados del programa. Estos ciclos deberán tener en cuenta el impacto de la COVID-19, por ejemplo, al estimar la cobertura de inmunización de referencia.
- **Contribuciones reforzadas y tangibles de las diferentes partes interesadas del país:** algunos países pueden establecer marcos formales de rendición de cuentas a nivel nacional o basarse en observatorios de salud independientes que supervisan los avances en materia de cobertura sanitaria universal. En otros países se pueden aprovechar los mecanismos existentes y reforzados, como los comités de coordinación interinstitucional o del sector de la salud (Comité de Coordinación Interinstitucional del Programa de Vacunación, Comité de Coordinación del Sector de la Salud [CCSS]), los NITAG o el proceso de evaluación conjunta de la Alianza Gavi. Ya sea a través de plataformas nuevas o existentes, los asociados necesitarán un enfoque renovado para rendir cuentas mutuamente. Esta mayor responsabilidad por las contribuciones de los asociados en el país favorecerá una aplicación más eficaz y coordinada de las prioridades nacionales. Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel cada vez más importante, por ejemplo conectando estrategias nacionales con comunidades, para reforzar la confianza en la inmunización e identificar poblaciones marginadas con bajas tasas de inmunización. Se recomienda a los países que incluyan a las organizaciones de la sociedad civil en los mecanismos de rendición de cuentas.

Tabla 3: aplicación nacional de la AI2030

Implementación de la IA2030 a nivel de país		
Compromiso	Para lograr y mantener los objetivos y metas de inmunización nacionales y regionales	
Prioridades IA2030 diferenciadas	Según el contexto del país (por ejemplo, cobertura y equidad, renuencia, integración de servicios, brotes, suministro de vacunas de calidad garantizada, sostenibilidad)	
Promoción y comunicaciones	Plataformas nacionales de comunicación y promoción	
 Planificación operativa coordinada	 Monitoreo y evaluación	 Apropiación y responsabilidad
Herramientas y estructuras		
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Nacional de Salud • Estrategia Nacional de Inmunización • Planes operativos priorizados informados por expertos (por ejemplo, NITAG, RITAG, SAGE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de objetivos de impacto IA2030, indicadores de objetivos SP globales y regionales e indicadores de objetivos SP adicionales seleccionados por los países en función de las necesidades y el contexto • Cuadros de mando o tableros para medir el avance nacional / subnacional y de los socios / OSC • Marcos de seguimiento (por ejemplo, Observatorio Nacional de Salud; WHO-UNICEF JRF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de WHA • Representación del Comité Regional • NITAG • ICC/ HSCC • Plataformas de Sociedades Civiles
Procesos		
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación a través de las estructuras nacionales con inclusión de las OSC (por ejemplo, grupos de participación de las partes interesadas, proceso de evaluación conjunta de Gavi, Comité de Coordinación del Sector de la Salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos de seguimiento y evaluación (principalmente ciclos de retroalimentación efectivos) en todos los niveles: • Monitorear: medir y revisar los datos de los indicadores IA2030 de manera regular • Evaluar: evaluar los avances mediante cuadros de mando de indicadores adaptados e identificar las posibles causas de éxito y fracaso • Actuar: recomendar acciones para la implementación, asignación de recursos y desarrollo de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos para aumentar la responsabilidad del gobierno, los socios y las OSC (por ejemplo, evaluación conjunta en los países de Gavi, marcos nacionales de rendición de cuentas) • Oportunidades rutinarias de participación consultiva organizadas por los grupos de trabajo

Colaboración y apoyo regionales

3.5. Los Estados Miembros, los asociados para el desarrollo y la sociedad civil trabajarán juntos para avanzar en la aplicación coordinada de la AI2030 a través de foros técnicos y políticos regionales. Es probable que la prioridad inicial en muchas regiones sea la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 y la recuperación de la inmunización y los servicios esenciales a la situación anterior a la COVID-19. Las regiones tendrán que adaptar los planes operativos regionales a las nuevas prioridades que surjan una vez que la recuperación de la COVID-19 esté en marcha, y obtener resultados para garantizar que los programas de los países cumplan con los objetivos y las metas regionales a más largo plazo alineados con la AI2030. Los puntos focales de comunicación y promoción contribuirán a generar y mantener el apoyo a la inmunización y las metas de la AI2030. Se ampliarán los puntos de vista de todas las regiones a través del proceso de participación consultiva para fundamentar y ayudar a que los procesos de coordinación y liderazgo a nivel mundial rindan cuentas.

3.6. La cooperación y el apoyo regionales (**cuadro 4**) se llevarán a cabo mediante:

- **Adaptación de las prioridades estratégicas de la AI2030 a las prioridades regionales.** Los expertos regionales en salud pública (por ejemplo, los RITAG facilitados por los asociados para el desarrollo) recomendarán áreas técnicas clave en las que centrarse en todos los Estados Miembros y los medios para reforzar la integración de la inmunización, incluidas las iniciativas específicas por enfermedad, dentro de la cobertura sanitaria universal o la atención primaria de la salud. Las prioridades regionales se reflejarán en las estrategias, los planes operativos y los marcos de seguimiento y evaluación, contribuyendo así a las metas de impacto mundial. Incluirán consideraciones de cambios en los enfoques necesarios cuando el progreso se haya estancado y en vista de los objetivos respaldados por los organismos regionales y mundiales. Las estructuras regionales, como los RITAG, ayudarán a los Estados Miembros, los asociados para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil a seguir con regularidad los avances realizados y a determinar sistemáticamente las nuevas prioridades que surjan.
- **Los Estados Miembros determinan las prioridades regionales.** Los Estados Miembros revisarán y tomarán decisiones sobre las recomendaciones de las diversas estructuras regionales (p. ej., los RITAG) a través de los comités regionales, incluidas las respuestas a las enfermedades pandémicas y propensas a las epidemias con potencial de impacto a nivel regional.
- **Ciclos de seguimiento, evaluación y acción.** Las regiones también aplicarán estos ciclos para: 1) medir y revisar regularmente los datos aportados por los indicadores de la AI2030 de los países; 2) evaluar los progresos regionales y nacionales, y de asociados y organizaciones de la sociedad civil utilizando tarjetas de puntuación o cuadros adaptados de los indicadores, detectar las posibles causas profundas de éxitos y fracasos, y señalar las áreas de mejora; y 3) recomendar acciones para aumentar el rendimiento regional y determinar el apoyo técnico necesario para que los países planifiquen y apliquen acciones destinadas a incrementar el rendimiento del programa. Estos ciclos habrán de tener en cuenta el impacto de la COVID-19, por ejemplo, al estimar la cobertura de inmunización de referencia.
- **Coordinación de los asociados para el desarrollo.** Las prioridades regionales aparecerán reflejadas en los planes operativos regionales con áreas clave que precisan apoyo en todos los Estados Miembros. Es probable que los planes iniciales incluyan una fase de inventario cuando los países salgan de la pandemia de la COVID-19, lo que permitirá a las regiones reajustar sus prioridades. Los asociados para el desarrollo anunciarán sus compromisos

(como apoyo a funciones técnicas específicas) para la AI2030, lo que contribuirá a brindar un apoyo coordinado a los Estados Miembros y promoverá una mayor rendición de cuentas. El fortalecimiento de los Comités Regionales de Coordinación Interinstitucional (RICC) puede adecuar las estrategias de los asociados para el desarrollo a las prioridades regionales de la AI2030. Los grupos de trabajo regionales que coordinan el apoyo operativo de los asociados para el desarrollo a los países pueden ser reforzados, ampliando las competencias e incluyendo de forma más sistemática a las organizaciones de la sociedad civil.

- **Compromisos de las organizaciones de la sociedad civil.** Estas organizaciones aumentarán la transparencia de los compromisos adquiridos, las funciones y las contribuciones a la inmunización. Plasmarán sus compromisos en promesas.
- **Compromisos compartidos a través de mecanismos políticos y económicos regionales.** Los Estados Miembros dirigirán el proceso de búsqueda de compromisos y seguimiento de los avances a través de mecanismos a nivel regional (p. ej., la Unión Africana, la Unión Europea, la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental) o subregional (p. ej., la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo). Los compromisos políticos complementarán los de tipo técnico y movilizarán el apoyo de una mayor implicación y rendición de cuentas por parte de los asociados que vayan más allá de la inmunización y la salud.

Tabla 4: aplicación regional de la AI2030

Implementación regional de IA2030		
Compromiso	Para lograr y mantener los objetivos y metas de inmunización nacionales y regionales	
Prioridades IA2030 diferenciadas	Según el contexto del país (por ejemplo, cobertura y equidad, renuencia, integración de servicios, brotes, suministro de vacunas de calidad garantizada, sostenibilidad)	
Promoción y comunicaciones	Plataformas nacionales de comunicación y promoción	
 Planificación operativa coordinada	 Monitoreo y evaluación	 Apropiación y responsabilidad
Herramientas y estructuras		
<ul style="list-style-type: none"> • Planes IA2030 regionales • Planes operativos regionales de 3 a 5 años • Grupos de trabajo regionales (por ejemplo, fortalecimiento de los grupos de Gavi existentes para incluir a las OSC y coordinar el apoyo a los países que no pertenecen a Gavi) • Comités regionales de coordinación interinstitucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de objetivos de impacto IA2030, indicadores de objetivos SP globales y regionales e indicadores de objetivos SP adicionales seleccionados por regiones adaptados a las necesidades y el contexto • Cuadros de mando con el avance regional y nacional • Tarjetas de puntuación para el avance de los socios / OSC • Formulario de informe conjunto OMS-UNICEF • Sistema de información sobre inmunizaciones de la OMS 	<ul style="list-style-type: none"> • RITAG • Comités regionales • Grupos de Trabajo Regionales • Otras estructuras adaptadas a la región (por ejemplo, organizaciones de cooperación regional, consejos regionales de rendición de cuentas)
Procesos		
<ul style="list-style-type: none"> • Los RITAG, facilitados por los socios para el desarrollo, recomiendan áreas técnicas clave en la que centrarse en todos los Estados miembros • Coordinación de UHC y PHC • Coordinación con iniciativas específicas de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar: recopilar datos del país para informar sobre los indicadores • Evaluar: evaluar los avances regionales/nacionales y de los socios/OSC mediante cuadros de mando de indicadores adaptados e identificar las posibles causas de éxito y fracaso • Actuar: medidas recomendadas para mejorar el desempeño regional e identificar el apoyo técnico necesario para los países 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisos plurianuales de los socios / OSC • Oportunidades rutinarias de participación consultiva organizadas por los grupos de trabajo

Compromisos mundiales

3.7. Tal y como se ha presentado en la sección 2 sobre implicación y rendición de cuentas, los Estados Miembros, los asociados para el desarrollo y la sociedad civil colaborarán a nivel mundial para garantizar el máximo nivel de compromiso financiero, técnico y político con la AI2030. También coordinarán las respuestas en áreas prioritarias de alcance mundial, como promoción, suministro de vacunas, innovación y orientación técnica. Los compromisos iniciales tendrán como prioridad la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 (p. ej., a través de COVAX y Gavi), así como el apoyo a los esfuerzos por restablecer la inmunización sistemática y los servicios esenciales a los niveles de referencia anteriores a la COVID-19 durante 2022 y 2023.

3.8. Además, se alentará a los asociados mundiales y las organizaciones de la sociedad civil a que apliquen **ciclos regulares de seguimiento, evaluación y acción** con el fin de: 1) supervisar regularmente los datos aportados por los indicadores AI2030 procedentes de países y regiones; 2) evaluar los avances en la consecución de las metas de impacto y los objetivos de prioridad estratégica, incluida la revisión técnica independiente del SAGE; y 3) indicar las medidas encaminadas a mejorar el rendimiento a nivel mundial, así como las deficiencias que deben abordarse a nivel regional y nacional. La revisión independiente del SAGE incluirá: a) la evaluación de los progresos regionales y nacionales y de los asociados y las organizaciones de la sociedad civil mediante el uso de tarjetas de puntuación adaptadas de los indicadores; y b) recomendar acciones que permitan aumentar el rendimiento, así como áreas para una evaluación adicional por parte de los grupos de trabajo y las iniciativas específicas por enfermedad, con el fin de identificar las causas fundamentales de éxitos y fracasos. Los ciclos de seguimiento, evaluación y acción deberán tener en cuenta el impacto de la COVID-19 a la hora de calcular el progreso alcanzado con respecto a la línea de base.

Tabla 5: compromisos mundiales con la AI2030

Implementación global de IA2030		
Compromiso	Mantener el más alto nivel de compromiso técnico y financiero con IA2030	
Prioridades IA2030 diferenciadas	Según la función global (por ejemplo, coordinación, suministro de vacunas, orientación normativa, investigación e innovación, financiación)	
Promoción y comunicación	Puntos focales de comunicación y promoción mundial	
 Planificación operativa coordinada	 Monitoreo y evaluación	 Apropiación y responsabilidad
Herramientas y estructuras		
<ul style="list-style-type: none"> Consejo de Asociación de IA (IAPC) Grupos de trabajo IA2030 Estrategias y guías específicas para cada enfermedad (por ejemplo, GPEI, MRI) Otras estrategias globales y de contribución (por ejemplo, SDGS, UHC 2030, Gavi 5.0, COVAX, estrategias de socios) 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores IG e indicadores de objetivos globales SP IA2030 WHO-UNICEF JRF Sistema de información sobre inmunizaciones de la OMS Cuadros de mando con el avance regional y nacional Tarjetas de puntuación para el avance de los socios / OSC 	<ul style="list-style-type: none"> Consejo de Asociación de IA (IAPC) Grupo de coordinación Grupo Asesor Estratégico de Expertos de la OMS Asamblea Mundial de la Salud
Procesos		
Planes operativos por temas o SP según surja la necesidad	<ul style="list-style-type: none"> Monitorear: datos nacionales y regionales sobre indicadores IG y SP; recopilar datos de los socios / OSC para informar sobre el avance Evaluar: evaluar los avances mediante cuadros de mando e identificar las posibles causas de éxito y fracaso Actuar: para mejorar el desempeño a nivel global 	<ul style="list-style-type: none"> Compromisos plurianuales de los socios / OSC Oportunidades rutinarias de participación consultiva organizadas por los grupos de trabajo

4. La AI2030 en el contexto de la COVID-19

4.1. La pandemia de COVID-19 ha ilustrado crudamente los puntos fuertes y las fragilidades de los programas de inmunización. Ha vuelto a poner de relieve el valor de la inmunización y la necesidad de adoptar un enfoque flexible y sostenible para crear capacidad de inmunización a nivel nacional, regional y mundial.

4.2. Las vacunas contra la COVID-19, algunas de ellas basadas en nuevas plataformas tecnológicas de carácter innovador, se produjeron, evaluaron y autorizaron a una velocidad sin precedentes. De esta experiencia se pueden extraer valiosas lecciones que permiten acelerar la investigación y el desarrollo (I+D) de vacunas contra otras enfermedades infecciosas para las que aún no se dispone de vacunas.

4.3. Como se ha comentado en las secciones anteriores, la AI2030 se creó para anticiparse a las pandemias y los brotes regionales, al tiempo que se centra en la mejora progresiva de los programas de inmunización a lo largo de una década. Además de incorporar la aplicación de las vacunas contra la COVID-19 y la recuperación mediante procesos de planificación, los **anexos técnicos**⁹ de la Estrategia AI2030 proporcionan orientaciones que pueden aplicarse a las respuestas a la COVID-19, tales como:

- **Brotos y emergencias (PE5):** orientación sobre las respuestas inmediatas necesarias, como los aspectos relacionados con la vigilancia, el mantenimiento de los servicios de inmunización y otros servicios de atención primaria de la salud, así como la participación de las comunidades.
- **Suministro y sostenibilidad de las vacunas (PE6):** asesoramiento sobre los incentivos innovadores necesarios para que los fabricantes desarrollen productos dirigidos a un patógeno incipiente.
- **Compromiso y demanda (PE2):** orientación sobre cómo mantener el compromiso político más allá de las vacunas contra la COVID-19, y cómo preservar la confianza y la demanda de vacunas en todas las edades.
- **Cobertura y equidad (PE3):** asesoramiento sobre cómo llegar a todos los grupos destinatarios previstos para la vacunación, entre ellos las comunidades vulnerables y las personas que se encuentran en entornos afectados por conflictos.
- **Investigación e innovación (PE7):** orientación sobre la aplicación y la investigación operativa que apoya los servicios de inmunización en el contexto de los nuevos desafíos.

También se ofrece asesoramiento sobre servicios de reconstrucción y prevención continua:

- **Inmunización dentro de la APS/CSU (PE1):** orientación sobre el control de la seguridad de las vacunas, la cadena de suministro y la logística, y la disponibilidad de personal de salud cualificado, así como la recuperación mediante un enfoque integrado de la atención primaria de salud (APS).
- **Curso de la vida e integración (PE4):** asesoramiento sobre la aplicación de estrategias de vacunación para los grupos de más edad, incluidos los adultos, con la introducción de las vacunas contra la COVID-19, que ofrece la oportunidad de establecer y reforzar las plataformas de vacunación para los grupos de más edad.

4.4. En particular, la COVID-19 está influyendo en los enfoques de planificación regional y nacional, habida cuenta de que la evolución futura de la pandemia es incierta. La prioridad son los planes a corto plazo, de dos o tres años, para la aplicación de las vacunas contra la enfermedad y el restablecimiento de los servicios esenciales. A medida que la recuperación se vaya concretando, las regiones y los países actualizarán sus planes, en consulta con expertos técnicos y organizaciones regionales.

4.5. Es probable que la COVID-19 también influya en la elaboración de los marcos de seguimiento y evaluación que realizan los países y las regiones. Por ejemplo, puede que sea preciso ajustar los datos del nivel de referencia y las metas, y que se necesiten más indicadores conforme se vaya conociendo mejor el impacto de la COVID-19 en los servicios y la rapidez con que estos se restauran.

⁹ Disponible en el sitio web de la AI2030: <http://www.immunizationagenda2030.org>

4.6. Desde un punto de vista más positivo, cabe destacar que los esfuerzos de distribución y respuesta de las vacunas contra la COVID-19 que se están llevando a cabo actualmente en todo el mundo, constituyen una valiosa oportunidad de seguir reforzando los argumentos económicos a favor de programas de inmunización equitativos y de subrayar la importancia de la coordinación multilateral para la recuperación mundial.

5. Agenda de aprendizaje para el camino por recorrer

5.1. La AI2030 es una estrategia viva y en evolución para los años de la COVID-19 y la década siguiente. Los Estados Miembros, los asociados para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil tendrán que basarse en la puesta en marcha inicial expuesta en este documento para hacer frente a los nuevos retos y cambios contextuales. Habrá que crear mecanismos (p. ej., con el apoyo del Consejo de Asociación de la AI2030) para captar el aprendizaje y las recomendaciones conexas.

5.2. Concretamente, el marco de seguimiento y evaluación de la AI2030 debería seguir siendo adecuado para la década venidera. Por lo tanto, el marco debería revisarse y actualizarse al menos una vez cada tres años en respuesta a las necesidades cambiantes y las mejoras en los métodos de seguimiento y evaluación a fin de asegurarse de que proporciona los datos necesarios para mejorar el desempeño del programa. Del mismo modo, los anexos técnicos de la AI2030 también requerirán actualizaciones periódicas a lo largo de la década. Esta necesidad de flexibilidad se ve acentuada por la incertidumbre asociada a la recuperación de la pandemia de la COVID-19 y la administración de las vacunas contra esta enfermedad.

5.3. Se ha seleccionado un conjunto inicial de cuestiones y temas básicos para la Agenda de Aprendizaje AI2030, que se presentan a continuación para cada elemento operativo.

Implicación y rendición de cuentas

- Las implicaciones que tiene traducir los compromisos políticos y financieros en inmunización, y más concretamente en la iniciativa AI2030, en el contexto de la COVID-19 y la aplicación de las vacunas contra esta enfermedad.
- Los medios más eficaces para hacer que diversas organizaciones de la sociedad civil intervengan en fortalecer la implicación y la rendición de cuentas a nivel comunitario en materia de inmunización.
- El valor añadido de los foros reforzados (p. ej., los grupos de trabajo regionales) o los nuevos mecanismos (p. ej., el Consejo de Asociación de la AI2030) y las herramientas diseñadas para asegurar y mantener una mayor implicación y mejorar la rendición de cuentas (p. ej., mediante promesas públicas y tarjetas de puntuación adaptadas).
- Una revisión de los mecanismos de implicación y rendición de cuentas al cabo de tres años (2023) para determinar la necesidad de corregir el rumbo.

Planificación operativa

- Análisis de cómo evolucionan los planes nacionales y regionales durante el transcurso de la pandemia de la COVID-19 y a medida que su influencia empieza a remitir.
- Procesos de planificación y revisión que vayan más allá de los mecanismos tradicionales de la OMS/ONU y consigan la colaboración de diversos asociados para el desarrollo y organizaciones de la sociedad civil.
- Oportunidades para una recogida y utilización de datos más eficiente, oportuna y fiable a través de innovaciones digitales.

Seguimiento y evaluación

- Examinar los posibles medios de fortalecer la capacidad a nivel nacional, regional y mundial para aplicar los ciclos de seguimiento, evaluación y acción con circuitos de retroalimentación eficaces.
- Indicar los medios de aumentar la calidad y el uso de los datos correspondientes a los indicadores del marco de seguimiento y evaluación.
- Elaboración más detallada de los indicadores de la meta de impacto y del objetivo de prioridad estratégica, y definición de otros indicadores necesarios para detectar y hacer un seguimiento de las deficiencias graves que se produzcan en el funcionamiento del sistema de salud (véase el anexo 1).
- Considerar la posibilidad de establecer vínculos con los procesos de seguimiento existentes y utilizar otras fuentes de datos para los ciclos de seguimiento, evaluación y acción de la AI2030, incluido el uso del sistema de información sobre inmunización de la OMS. Deben realizarse esfuerzos para identificar a los responsables y las acciones de todos los indicadores de la AI2030 y disminuir la carga de notificación de datos que tienen los países.

Comunicación y promoción

- Capacidad de respuesta a los cambios de actitud en torno a la inmunización y adaptación de las estrategias según corresponda.
- Formas de solicitar y asegurar un mayor compromiso de la comunidad para con la inmunización a través de las organizaciones de la sociedad civil y su posterior traducción en mayores compromisos nacionales y regionales.
- Medios para responder a la desinformación sobre las vacunas difundida a través de las cambiantes plataformas de las redes sociales y otras formas de difusión de la mala información.

Lista de acrónimos

AI2030	Agenda de Inmunización 2030
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APS	Atención primaria de salud
CCI	Comité de Coordinación Interinstitucional
CCSS	Comité de Coordinación del Sector de la Salud
CNPS	Cuentas nacionales del personal de salud
COE	Centro de Operaciones de Emergencia
CSU	Cobertura sanitaria universal
CSU-ICS	Cobertura sanitaria universal-Índice de cobertura de servicios
DTP	Difteria, tétanos y tos ferina
DTPcv-1	Vacuna que contiene DTP-1
EJ	Encefalitis japonesa
EPV	Enfermedad prevenible por vacunación
EVMA	Gestión eficaz de las vacunas
GAVI	Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización
GHED	Base de datos mundiales de la OMS sobre el gasto en salud
GHER	Informe mundial sobre el gasto en salud
Hib	Haemophilus Influenzae Tipo B
IAPC	Consejo de Asociación de la AI2030
I+D	Investigación y Desarrollo
IMEP	Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomiélitis
JRF	Joint Reporting Form (formulario de notificación conjunta)
M&RI	Iniciativa contra el sarampión y la rubéola
MCV-2	Vacuna que contiene sarampión, dosis 2
MenA	Meningococo grupo A
MI	Meta de impacto
NITAG	Grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización
MI4A	Información sobre el mercado para el acceso a las vacunas
MRI	Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS-DDI	División de Datos, Análisis y Cumplimiento en pro del Impacto de la OMS
OMS-IVB	Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS
OPE	Objetivo de prioridad estratégica
OPV	Vacuna oral contra el poliovirus
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización

PE	Prioridad estratégica
PAMV	Plan de acción mundial sobre vacunas
PCV-3	Vacuna conjugada antineumocócica 3
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RITAG	Grupos regionales de asesoramiento técnico sobre inmunización
SAGE	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de la OMS
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIMC	Consortio de Modelización del Impacto de las Vacunas
VNC	Vacuna antineumocócica conjugada
VPH	Virus del papiloma humano
VPHc	Serie completa del virus del papiloma humano
WUENIC	Estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de vacunación

Anexo 1 - Marco de seguimiento y evaluación

Indicadores de meta de impacto:

INDICADOR 1.1: Número de muertes futuras evitadas gracias a la inmunización		
SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Definición: número total de muertes futuras evitadas entre 2021 y 2030, según el escenario de cobertura de la AI2030.</p> <p>Método de medición: se emplea un enfoque de modelización para predecir el número de muertes impedidas a nivel mundial y regional si se alcanzan las metas de cobertura a las que se aspira en la iniciativa AI2030. Estas metas también están en consonancia con el indicador 3.1 de meta de impacto: cobertura de vacunación a lo largo de la vida. El alcance inicial se centra en 14 patógenos, que se ampliarán para actualizar los cálculos una vez alcanzado el punto medio de la AI2030.</p> <p>2021-2030: hepatitis B, Hib, VPH, encefalitis japonesa, sarampión, MenA, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, rotavirus, rubéola, fiebre amarilla, difteria, tétanos, tos ferina y tuberculosis (BCG).</p> <p>Para 2025: polio, fiebre tifoidea, gripe, cólera, meningitis multivalente, COVID-19, varicela, dengue, paperas, rabia, hepatitis A, hepatitis E y otras vacunas nuevas.</p> <p>Cálculo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las muertes observadas y evitadas, recopiladas a partir de múltiples fuentes de datos, se convierten en una única medida del riesgo relativo de muerte por país, edad y vacuna, dependiendo de los niveles de cobertura. - El modelo de riesgo relativo se utiliza para predecir las muertes evitadas en todos los lugares y enfermedades. 	<p>Nivel de referencia:</p> <p>4,3 millones de muertes evitadas al año (2019).</p> <p>Número total de muertes evitadas en 2019 gracias a la vacunación basada en los cálculos históricos de WUENIC (estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de vacunación); se utilizó 2019 como año de referencia, en lugar de 2020, para captar la tendencia anterior a la COVID-19. Los cálculos se miden en relación con el nivel de cobertura cero (ausencia de vacunación).</p> <p>Meta:</p> <p>Aumento a 5,8 millones de muertes evitadas en 2030; un total de 50 millones de muertes impedidas durante 2021-2030.</p> <p>Número total de muertes futuras evitadas gracias a la vacunación entre 2021 y 2030, según las metas de cobertura deseadas que se describen en la meta de impacto 3.1.</p> <p>Para ello, se calcularon las estimaciones de cobertura a nivel de país para 2030 en función de alcanzar las tres metas que todos los países deben perseguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Introducción de las vacunas recomendadas que faltan. b) Reducción a la mitad de los niños con dosis cero, en comparación con el nivel de referencia de 2019. 	<p>Los asociados mundiales, regionales y nacionales pueden utilizar los resultados de la evaluación para la <u>promoción</u>, a fin de asegurar el compromiso y los recursos necesarios para los programas de inmunización.</p> <p>Se pueden utilizar las recomendaciones específicas de las vacunas destacadas en la evaluación para planificar <u>intervenciones concretas por enfermedad</u> a nivel mundial y regional.</p>

INDICADOR 1.1: Número de muertes futuras evitadas gracias a la inmunización

SEGUIMIENTO ¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?	EVALUACIÓN ¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?	ACCIÓN ¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?
<p>- Un paso adicional de calibración convierte las estimaciones en muertes evitadas por año de vacunación, lo que permite captar el efecto de la vacunación a lo largo de toda la vida añadido al año en que se administran las vacunas.</p> <p>Fuente de datos: estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de vacunación, cálculos de las muertes evitadas realizado por el Consorcio de Modelización del Impacto de las Vacunas (VIMC), el Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad, y otros datos aportados por modelos procedentes de la literatura publicada.</p> <p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: equipo del proyecto IVB y DDI de la OMS, comité de partes interesadas del proyecto (Fundación Bill y Melinda Gates, CDC, Gavi, IHME, VIMC, Consejo Asesor Científico del VIMC, IVIR-AC, DDI de la OMS, IVB de la OMS).</p> <p>Frecuencia de notificación: dos veces (punto de partida y punto medio de la AI2030) para la fijación de metas. La meta se actualizará en el punto medio en función del alcance ampliado de los patógenos y de las actualizaciones del modelo.</p>	<p>c) Consecución de una cobertura de DTPcv-1 coherente con la mencionada reducción de dosis cero y una cobertura para todas las demás vacunas dentro de un rango del 5% de DTPcv-1.</p> <p>Se utilizaron las estimaciones de población del PNUD para 2019 y los cálculos previstos para 2030 con el fin de convertir las cifras absolutas de niños no vacunados en metas equivalentes de DTPcv-1.</p> <p>Análisis e interpretación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis efectuado por el equipo del proyecto IVB-DDI de la OMS; los resultados se muestran en un cuadro compartido; se informa a nivel mundial y regional. - Resultados desglosados por patógeno y año de vacunación. <p>Frecuencia de evaluación: dos veces (punto medio y punto final de la AI2030) para el seguimiento y la notificación. La evaluación del punto medio se centrará en 14 patógenos únicamente, basándose en los modelos utilizados para el punto de partida. La evaluación del punto final se dedicará al alcance ampliado de los patógenos según los modelos actualizados del punto intermedio.</p>	

INDICADOR 1.2: Número y proporción de países que han alcanzado las metas regionales o mundiales de control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Definición: consecución de todas las metas de control, eliminación y erradicación de las EPV; avalada por un organismo mundial o regional de los Estados Miembros de la OMS, con fechas límite establecidas entre 2021 y 2030, y que estén basadas en medidas de la incidencia o la prevalencia.</p> <p>Método de medición: cada año se llevarán a cabo dos ciclos de seguimiento y evaluación. El primero corresponde al ciclo de indicadores y revisión. Las oficinas regionales de la OMS llevarán a cabo un examen para confirmar y revisar los criterios de inclusión de cada EPV en función del estado de aprobación mundial o regional, el marco temporal de la meta y el tipo y la definición de la misma.</p> <p>El segundo es el ciclo de evaluación y notificación. Las comisiones regionales de verificación y certificación establecidas, o los comités de verificación, evaluarán el grado de consecución de cada meta de EPV específica para cada país.</p> <p>Cálculo: el numerador corresponde al número de países que cumplieron la meta de EPV, y el denominador al número de países con una meta de EPV aprobada tomando como base las medidas de la incidencia o la prevalencia.</p> <p>Fuente de datos: informes de los comités de verificación, certificación y de cada enfermedad.</p> <p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: comisiones de verificación y certificación, y comités de validación establecidos por las oficinas regionales de la OMS con la asistencia técnica de las iniciativas de control, eliminación y erradicación de EPV.¹⁰</p>	<p>Nivel de referencia: número y proporción de países que han alcanzado cada una de las metas de control, eliminación y erradicación de EPV a finales de 2021.</p> <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los países alcanzan las metas regionales o mundiales aprobadas para el control, la eliminación y la erradicación de EPV. <p>Análisis e interpretación: cada año se hará un seguimiento de la consecución de cada meta de control, eliminación y erradicación de EPV, a partir de medidas de la incidencia y la prevalencia. Durante la década se supervisarán los avances y se informará de ellos para determinar qué países corren el riesgo de no alcanzar la meta en la fecha fijada, y para dar visibilidad a los avances realizados en cada enfermedad y al riesgo que corren los países y regiones adyacentes.</p> <p>El seguimiento anual del ciclo de confirmación y revisión de los indicadores determinará si es necesario establecer nuevas metas de control, eliminación y erradicación, o modificar las existentes. El proceso también documentará las posibles diferencias que haya entre las regiones para ofrecer la posibilidad de armonizar las definiciones de las metas.</p> <p>Frecuencia de evaluación: anual.</p>	<p>Los asociados mundiales, regionales y nacionales pueden utilizar los resultados de la evaluación para la planificación operativa, la comunicación y la promoción con la idea de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el apoyo necesario a los países para que lleven a cabo iniciativas de control, eliminación y erradicación de EPV. • Destacar y reforzar la coordinación de las estrategias destinadas a vincular las acciones de control, eliminación y erradicación de EPV con las iniciativas para fortalecer los sistemas de salud.

¹⁰ Las iniciativas específicas por enfermedad incluyen: Estrategia para la Fase Final de la Poliomielitis 2021-2026 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP); Marco Estratégico contra el Sarampión y la Rubéola 2021-2030; Poner Fin al Cólera – Hoja de Ruta Mundial para 2030; Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021; Derrotar a la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial; Estrategia Mundial contra la Gripe 2019-2030; Cero muertes causadas por la rabia

INDICADOR 1.2: Número y proporción de países que han alcanzado las metas regionales o mundiales de control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
Frecuencia de notificación: anual.		

INDICADOR 1.3: Número de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación de gran magnitud o perturbadores

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción ?</i>
<p>Definición: un brote de EPV* que cumple los criterios aplicados a los brotes de gran magnitud o perturbadores armonizados con las estrategias mundiales de enfermedad prevenible por vacunación y al menos un criterio del anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (https://www.who.int/ihr/annex_2/en/), (https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/).</p> <p>* Como sarampión, poliovirus salvaje, poliovirus circulante de origen vacunal, meningococo, fiebre amarilla, cólera y ébola; la lista podría revisarse, sobre todo a medida que otras enfermedades se puedan prevenir mediante la vacunación.</p> <p>Método de medición: se detectan los brotes de EPV de gran magnitud o perturbadores utilizando los datos obtenidos en los programas específicos de control de EPV y los sistemas de vigilancia de emergencias sanitarias mundiales de la OMS. Se aplicaron diferentes criterios para cada enfermedad. En el caso de que los brotes afecten a varios países, se evaluó por separado la parte del brote</p>	<p>Nivel de referencia: el número medio de brotes de EPV de gran magnitud o perturbadores calculado en tres años, 2018-2020.</p> <p>Meta: todos (100%) los brotes de sarampión, poliomiélitis, meningococo, fiebre amarilla, cólera y ébola muestran a finales de la década una tendencia descendente en el número anual mundial de grandes brotes.</p> <p>Análisis e interpretación: se analizará anualmente el nivel y la tendencia del número de brotes de gran magnitud o perturbadores. El número de brotes se comunicará por separado para cada enfermedad.</p> <p>Frecuencia de evaluación: anual.</p>	<p>Los asociados mundiales, regionales y nacionales pueden utilizar los resultados de la evaluación para la planificación operativa, la comunicación y la promoción con la idea de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la disponibilidad oportuna y la asignación estratégica de vacunas y suministros, y la movilización de recursos humanos capacitados para dar respuesta al brote. • Garantizar la capacidad de los programas de inmunización para anticiparse, prepararse, detectar y responder rápidamente a los brotes de EPV y enfermedades nuevas. • Asegurar la capacidad de los programas de inmunización para establecer una prestación de servicios de inmunización oportuna y adecuada durante las emergencias y en las comunidades

transmitida por los perros para 2030 (Cero para el 2030: Plan Estratégico Mundial); Lograr y mantener la eliminación del tétanos materno y neonatal: Plan Estratégico 2012-2015; Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030; Eliminar las Epidemias de Fiebre Amarilla 2017-2026. Las que se incluyen en el indicador pueden evolucionar con el tiempo merced a un nuevo respaldo regional y/o mundial.

INDICADOR 1.3: Número de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación de gran magnitud o perturbadores		
SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción ?</i>
<p>correspondiente a cada país. El indicador general funcionará como un conjunto que combina los datos de las diferentes enfermedades.</p> <p>Cálculo: recuento colectivo de brotes de enfermedades con tendencia epidémica que cumplen unos criterios de tamaño establecidos, como el número de casos o la incidencia de la enfermedad.</p> <p>Fuente de datos: programas de erradicación, eliminación y control de EPV y sistemas de vigilancia de emergencias sanitarias mundiales de la OMS.</p> <p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: Grupo Internacional de Coordinación de la Provisión de Vacunas, sede de la OMS y oficinas regionales de la OMS, con asistencia técnica de las iniciativas de control, eliminación y erradicación de EPV.¹¹</p> <p>Frecuencia de notificación: anual.</p>		<p>afectadas por conflictos, desastres y crisis humanitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la introducción de la vacuna y la ampliación de la cobertura para prevenir las nuevas EPV. • Utilizar los casos y brotes de sarampión como un rastreador para descubrir los puntos débiles de los programas de inmunización, y orientar la planificación programática de cara a reconocer y abordar estas deficiencias.

¹¹ Las iniciativas específicas por enfermedad incluyen: Estrategia para la Fase Final de la Poliomielitis 2021-2026 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP); Marco Estratégico contra el Sarampión y la Rubéola 2021-2030; Poner Fin al Cólera – Hoja de Ruta Mundial para 2030; Derrotar a la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial; Eliminar las Epidemias de Fiebre Amarilla 2017-2026.

INDICADOR 2.1: Número de niños con dosis cero

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Definición: los niños con dosis cero se definen como aquellos que no tienen acceso a los servicios de inmunización sistemáticos o que nunca llegan a ellos. Se miden operativamente como aquellos que carecen de una primera dosis de una vacuna que contenga DTP.</p> <p>Método de medición: este indicador se calcula restando el número estimado de lactantes supervivientes y el número estimado de niños vacunados con DTPcv-1.</p> <p>El número de niños con dosis cero se determinará a nivel nacional, regional y mundial utilizando los cálculos de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC) y los cálculos de población elaborados por el PNUD sobre las cohortes de nacimiento, ajustados para incluir a los niños supervivientes.</p> <p>También pueden utilizarse, a nivel nacional y subnacional, los sistemas de notificación administrativa, junto con los resultados de cualquier encuesta nacional y otras fuentes de información que puedan ayudar a los países a establecer estimaciones sobre los niños con dosis cero.</p> <p>Cálculo: este indicador se calcula restando el número estimado de lactantes supervivientes y el número estimado de niños vacunados con DTPcv-1.</p> <p>Fuente de datos: WUENIC, estimaciones de población del PNUD.</p> <p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: OMS-IVB y programas nacionales de inmunización.</p> <p>Frecuencia de notificación: anual a nivel regional y mundial, mensual a nivel nacional y subnacional.</p>	<p>Nivel de referencia: 14 millones de niños (2019).</p> <p>Meta: reducción del número de niños con dosis cero en un 50% (todos los niveles). En los países donde la cobertura de DTP1 ya alcanza el 99%, la meta es mantener la cobertura.</p> <p>Análisis e interpretación: el nivel y la tendencia del número de niños con dosis cero debe analizarse desde la óptica de la equidad, con el objetivo de descubrir dónde las desigualdades pueden indicar obstáculos a la inmunización en poblaciones y zonas geográficas específicas. Esto requiere un desglose por niveles subnacionales y otras dimensiones (socioeconómica, grupo lingüístico, etnia), según se disponga.</p> <p>En este contexto, es necesario emplear el número de niños con dosis cero para averiguar las comunidades desatendidas e insuficientemente vacunadas.</p> <p>Frecuencia de evaluación: anual a nivel mundial y regional. Idealmente trimestral a nivel nacional y subnacional.</p>	<p>A nivel mundial y regional, el número de niños con dosis cero por región y país permitirá priorizar los esfuerzos, y puede utilizarse para responsabilizar a los países que no alcancen las metas, o que retrocedan respecto a las metas previamente alcanzadas. Además, este dato puede utilizarse para comunicar las deficiencias de inmunización que existen en el mundo y propugnar esfuerzos concertados para subsanarlas.</p> <p>A nivel nacional y subnacional, la identificación de los niños con dosis cero y de las comunidades desatendidas debería facilitar un análisis de las causas fundamentales de la infravacunación, así como la detección de los obstáculos que existen para determinadas comunidades y zonas geográficas. Desde la perspectiva de la comunicación, la importancia de este indicador pondrá de manifiesto la necesidad de prestar atención a la equidad en la inmunización.</p>

INDICADOR 2.2: Introducción de vacunas nuevas o infrautilizadas en países de ingresos bajos y medianos (PIBM)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Definición: introducción* de vacunas nuevas o infrautilizadas† en países de ingresos bajos y medianos. *Incorporación de una vacuna al calendario nacional de inmunización y uso de la misma durante un periodo continuado de al menos 12 meses (excluye las vacunas utilizadas sólo en el sector privado que no están en el calendario nacional de inmunización; incluye las vacunas de los calendarios nacionales de inmunización que se utilizan en poblaciones de riesgo, por ejemplo, la gripe estacional). †Las vacunas nuevas o infrautilizadas son aquellas que aún no se han introducido en los calendarios nacionales de vacunación de todos los países en los que la OMS las recomienda.</p> <p>Método de medición: vacunas incluidas en este indicador que son recomendadas por la OMS para su uso en los calendarios nacionales de inmunización en todos los países: dosis de nacimiento de HepB, Hib, VPH, IPV2, MCV2, VCN, rotavirus, rubéola, refuerzo de DTP y COVID-19 (recomendación provisional).</p> <p>Vacunas incluidas en este indicador que recomienda la OMS para su uso en los calendarios nacionales de inmunización en países de cierta región o regiones geográficas, en algunas poblaciones de alto riesgo o en programas de inmunización con determinadas características: fiebre amarilla, encefalitis japonesa, meningitis multivalente, fiebre tifoidea, cólera, dengue, rabia, hepatitis A, gripe, varicela y paperas.</p> <p>Se incluirán otras vacunas pertinentes (p. ej., contra la malaria) cuando se recomienden. Los países de ingresos bajos y medianos se definen según las clasificaciones de ingresos del Banco Mundial.</p> <p>Cálculo: recuento del número de introducciones de vacunas en el país para las vacunas recomendadas por la OMS, notificadas entre 2021 y 2030.</p> <p>Fuente de datos: formulario de notificación conjunta OMS-UNICEF (JRF).</p>	<p>Nivel de referencia: el número de introducciones de vacunas restantes recomendadas a nivel mundial y regional hasta diciembre de 2020 en los PIBM era de 548. Los PIBM introdujeron colectivamente 519 vacunas en los calendarios nacionales entre 2011 y 2020.</p> <p>Meta: al menos 500 introducciones de vacunas en países de ingresos bajos y medianos para 2030 (incluidas las actuales NUVI*, así como las vacunas que se recomendarán a lo largo de la década).</p> <p>*NUVI (administración de vacunas nuevas e infrautilizadas).</p> <p>Análisis e interpretación: el logro de la introducción de vacunas nuevas o infrautilizadas se supervisará anualmente. El análisis y la visualización del indicador se centrarán en el acceso equitativo a las vacunas. Los resultados mostrarán el número de introducciones restantes por país con el fin de determinar y centrar los esfuerzos en las áreas donde hay más introducciones de vacunas pendientes.</p> <p>Frecuencia de evaluación: anual.</p>	<p>Los asociados mundiales, regionales y nacionales pueden utilizar los resultados de este indicador para señalar los países que están pendientes de introducir las vacunas recomendadas por la OMS a fin de centrar los esfuerzos en garantizar un acceso equitativo a las vacunas. El indicador ayudará a evaluar si existen posibilidades de apoyar la introducción de vacunas nuevas e infrautilizadas en los países.</p> <p>Podría considerarse la conveniencia de realizar una evaluación más profunda o un análisis de las causas fundamentales para determinar los obstáculos a la administración de las vacunas en los países que aún no han introducido la mayoría de las vacunas recomendadas por la OMS.</p>

<p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: OMS-IVB, programas nacionales de inmunización.</p> <p>Frecuencia de notificación: anual.</p>		
---	--	--

INDICADOR 3.1 ODS 3.b.1: - Cobertura de vacunas incluidas en los calendarios nacionales de inmunización (DTP3, MCV2, PCV3 y VPHc)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Definición: cobertura de vacunación para DTPcv-3, MCV-2, PCV3 y VPHc.</p> <p>Método de medición: la cobertura de inmunización para un año determinado se define como la proporción de la población destinataria que recibió la vacuna y la dosis correspondientes en ese año.</p> <p>La cobertura se determinará a nivel nacional, regional y mundial, utilizando las estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC). Obsérvese que para WUENIC, la población destinataria anual de las vacunas recomendadas a nivel mundial comprende toda la cohorte mundial de lactantes supervivientes, independientemente de que la vacuna se haya introducido en su país.</p> <p>A nivel nacional y subnacional, también se pueden usar los sistemas de notificación administrativa, junto con los resultados de cualquier encuesta en el país y otras fuentes de información que puedan ayudar a los países a establecer estimaciones de cobertura.</p> <p>Cálculo: el denominador es la población estimada del grupo de niños destinataria que debe recibir DTPcv-3, MCV-2, PCV3 y VPHc. El numerador está compuesto por la población destinataria que ha recibido DTPcv-3, MCV-2, PCV3 y VPHc. El calendario nacional de vacunación determina la población infantil objetivo y la edad apropiada para recibir la última dosis.</p> <p>Fuente de datos: estimaciones de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC).</p>	<p>Nivel de referencia: 85% de DTPcv-3, 71% de MCV-2, 48% de PCV3 y 15% de VPHc (2019).</p> <p>Meta: a nivel mundial, cobertura del 90% para todos en 2030.</p> <p>A nivel de país:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificar la introducción de todas las vacunas recomendadas a nivel mundial para 2030. Asegurar que la cobertura de cada vacuna alcance niveles dentro de un rango del 5% después de la DTPcv-1. <p>Análisis e interpretación: nivel y tendencia, desglosados por geografía y otras dimensiones (socioeconómica, grupo lingüístico, etnia), según se disponga.</p> <p>Frecuencia de evaluación: anual a nivel mundial y regional. Idealmente trimestral a nivel nacional y subnacional.</p>	<p>A nivel mundial y regional, se utilizarán las estimaciones de cobertura para establecer prioridades y responsabilizar a los países que no alcancen las metas, o que retrocedan respecto a las metas previamente alcanzadas.</p> <p>Además, se pueden emplear estos cálculos para informar sobre las deficiencias de inmunización que existen en el mundo, y abogar por esfuerzos concertados para subsanarlas.</p> <p>A nivel nacional y subnacional, medir el nivel y la tendencia de cobertura, así como las estimaciones de personas vacunadas (numeradores), puede ayudar a establecer si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los programas de inmunización muestran los avances deseados en general, por zonas geográficas y grupos de población. Las plataformas de vacunación para los diferentes grupos de edad funcionan adecuadamente. Existen obstáculos específicos a las vacunas. <p>Posteriormente, los programas de inmunización pueden aplicar cualquier medida correctiva.</p>

INDICADOR 3.1 ODS 3.b.1: - Cobertura de vacunas incluidas en los calendarios nacionales de inmunización (DTP3, MCV2, PCV3 y VPHc)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: OMS-IVB y programas nacionales de inmunización.</p> <p>Frecuencia de notificación: anual a nivel regional y mundial, mensual a nivel nacional y subnacional.</p>		

INDICADOR 3.2: Índice de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal (CSU)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Definición: el indicador medirá la cobertura de servicios de salud esenciales.</p> <p>La cobertura de servicios de salud esenciales se define como la cobertura media de servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida.</p> <p>Método de medición: el indicador ODS 3.8.1, relativo a la cobertura de servicios de salud esenciales, se mide mediante un índice denominado índice de cobertura de servicios de la CSU. Este índice será la métrica inicial para medir los aspectos clave de la CSU y la Atención Primaria de Salud (APS). La métrica utilizada para medir la CSU y la APS probablemente evolucionará a lo largo de la década con los avances que se produzcan en materia de datos y comprensión. El objetivo del indicador MI 3.2 también evolucionará para que la contribución del programa de inmunización a la APS/CSU se mida de la mejor manera posible.</p> <p>Cálculo: el índice de cobertura de servicios de la CSU se notificará a nivel de país, y se calcularán las medias regionales y mundiales.</p>	<p>Nivel de referencia: valores del índice de cobertura de servicios de la CSU para 2019.</p> <p>Meta: mejorar el índice de cobertura de servicios de la CSU a nivel nacional, regional y mundial con respecto a los valores de referencia.</p> <p>Análisis e interpretación: los indicadores de cobertura de servicios (definidos como las personas que reciben el servicio que necesitan) son la mejor manera de hacer un seguimiento de los avances logrados en la prestación de servicios en el marco de la CSU. Dado que un único indicador de servicios sanitarios no es suficiente para controlar la CSU, el índice de cobertura de servicios de la CSU se construye a partir de 14 indicadores de seguimiento seleccionados en función de criterios epidemiológicos y estadísticos. El índice se presenta en una escala sin unidades de 0 a 100, siendo 100 el valor óptimo.</p> <p>La CSU se define como la seguridad de que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan (incluidas la prevención, la promoción, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos) de calidad suficiente para que sean eficaces,</p>	<p>Los asociados mundiales, regionales y nacionales pueden utilizar los resultados de la evaluación para la planificación operativa, la comunicación y la promoción con el fin de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar las posibles causas de éxitos y fracasos, así como las áreas de mejora para incrementar el índice de cobertura de servicios de la CSU. • Indicar los entornos en los que se han perdido oportunidades de mejorar la cobertura mediante una mejor integración. • Garantizar el apoyo necesario a los países para mejorar el índice de cobertura de servicios de la CSU como parte de las actividades dirigidas a fortalecer el sistema de salud. • Promover la alineación de la AI2030 y la CSU. • Impulsar los esfuerzos por integrar la prestación y la utilización de los servicios de inmunización y otros servicios de CSU y APS. <p>A nivel nacional y subnacional, el seguimiento de este indicador debería ayudar especialmente a:</p>

INDICADOR 3.2: Índice de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal (CSU)

SEGUIMIENTO <i>¿Cómo se hará un seguimiento del progreso?</i>	EVALUACIÓN <i>¿Cómo se evaluarán los resultados del seguimiento?</i>	ACCIÓN <i>¿Cómo se utilizará la evaluación para la acción?</i>
<p>Parte(s) interesada(s) responsable(s) de la medición: OMS-IVB; División de Datos, Análisis y Prestación de Impacto de la OMS; iniciativa sobre el Desempeño de la Atención Primaria de la Salud; Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad de la OMS; y la alianza UHC2030.</p> <p>Fuente de datos: índice de cobertura de servicios de la CSU.</p> <p>Frecuencia de notificación: cada dos años.</p>	<p>garantizando al mismo tiempo que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras. El indicador se centrará en el componente de cobertura de servicios del índice CSU porque la contribución de los programas de inmunización a la cobertura sanitaria universal se realiza principalmente a través de la cobertura de servicios.</p> <p>Los avances en la consecución de la meta se evaluarán haciendo un seguimiento de las tendencias bianuales de los valores del índice de cobertura de servicios de la CSU a nivel nacional, regional y mundial</p> <p>Frecuencia de evaluación: cada dos años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los programas de inmunización formen parte de las estrategias y operaciones nacionales de APS, así como de las estrategias nacionales para la CSU. • Reforzar la prestación de servicios integrados como parte de la APS, a lo largo de toda la vida. • Verificar si los programas de salud cuentan con políticas y/o procedimientos operativos normalizados que promuevan la integración entre programas, reduciendo así las oportunidades perdidas.

Resumen de los indicadores de objetivos de prioridad estratégica

Las regiones y los países elaborarán indicadores adicionales para supervisar los objetivos de prioridad estratégica (OPE) regional y nacional, que se incluirán en sus planes de seguimiento y evaluación de la AI2030.

Cuadro 1: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE1 a todos los niveles

PE1: PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN PARA APS/CSU		
OPE 1.1: Reforzar y mantener que el liderazgo, la gestión y la coordinación de los programas de inmunización sean sólidos a todos los niveles		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
<p>Proporción de países con evidencia de haber adoptado un mecanismo de seguimiento, evaluación y acción a nivel nacional y subnacional.</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países con evidencia de haber adoptado un mecanismo de seguimiento, evaluación y acción a nivel nacional y subnacional.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de países con comités de gestión sanitaria de distrito (o su equivalente a nivel subnacional) que revisan el rendimiento de la inmunización como parte del funcionamiento de la atención primaria de salud al menos una vez al año. 2. Porcentaje de países con directrices técnicas de inmunización actualizadas (no más de 5 años). 3. Porcentaje de países con un comité de coordinación interinstitucional (CCI) funcional. 4. Porcentaje de países con grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización (NITAG) funcionales. 5. Porcentaje de países con centros de operaciones en emergencias de salud pública, polio o malaria capaces de responder a los brotes de EPV. 	<p>En línea con el seguimiento mundial: Mecanismo de seguimiento, evaluación y acción a nivel nacional y subnacional.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de comités de gestión sanitaria de distrito (o su equivalente a nivel subnacional) que revisan el rendimiento de la inmunización como parte del funcionamiento de la atención primaria de salud al menos una vez al año. 2. Mecanismos de coordinación multisectorial funcionales a todos los niveles. 3. Número de establecimientos de salud que han recibido una visita de supervisión de apoyo. 4. Porcentaje de establecimientos que están dirigidos por un gestor o gestores con formación oficial en administración (por ejemplo, un certificado, diploma o título). 5. Número de veces al año que se activa un centro de operaciones en emergencias de salud pública o una enfermedad específica para brotes de EPV.

OPE 1.2: Garantizar la disponibilidad de personal de salud adecuado, eficaz y sostenible		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Densidad de médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10 000 habitantes.	<p>En línea con el seguimiento mundial: Densidad de médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10 000 habitantes.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de países que alcanzan la densidad recomendada de trabajadores de la salud por cada 10 000 habitantes (este indicador incluye cinco profesiones: médicos, personal de enfermería, personal de partería, dentistas y farmacéuticos). • Porcentaje de países con más del 90% de puestos de vacunación dotados de personal de la salud cualificado. • Porcentaje de países con un déficit de personal de inmunización superior al 25%. • Porcentaje de países con competencias del personal de la salud establecidas. 	<p>En línea con el seguimiento mundial: Densidad de médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10 000 habitantes.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal de la salud competente en inmunización por cada 10 000 habitantes por región. 2. Número de trabajadores de la salud por cada 10 000 habitantes, por categoría (enfermera/o, comadrona, médico, agente de salud comunitario), con desglose por sexo, edad, nivel de prestación de servicios, autoridad gestora y área administrativa subnacional. 3. Número y porcentaje de puntos de prestación de servicios con un vacunador capacitado en los últimos dos años. 4. Relación entre los puestos no cubiertos y el número total de puestos, por ocupación y nivel subnacional (porcentaje de puestos vacantes de enfermería y personal sanitario de primera línea).
OPE 1.3: Establecer y reforzar la vigilancia integral de las enfermedades prevenibles mediante vacunación como componente del sistema nacional de vigilancia de la salud pública, con el apoyo de redes de laboratorios sólidas y fiables		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Proporción de países con un 90% de notificación a tiempo del 90% de los distritos para los casos sospechosos de	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países con un 90% de notificación a tiempo del 90% de los distritos para los casos sospechosos de todas las enfermedades prioritarias prevenibles mediante vacunación incluidas en la vigilancia nacional (incluida la notificación de casos cero).</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Porcentaje de distritos que notifican a tiempo al menos el 90% de los casos sospechosos durante un año para todas las EVP prioritarias incluidas en la vigilancia nacional (incluida la notificación de casos cero).</p>

<p>todas las enfermedades prioritarias prevenibles mediante vacunación incluidas en la vigilancia nacional (incluida la notificación de casos cero).</p>	<p>Opciones de indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de países que alcanzan la tasa de eliminación de sarampión o rubéola de $\geq 2/100\ 000$ personas y la tasa de parálisis flácida aguda no relacionada con la poliomielitis de $>1/100\ 000$ entre la población de <15 años) en un periodo de 12 meses. • Porcentaje de países con acceso a capacidad de laboratorio para realizar pruebas de al menos una EPV bacteriana. 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de parálisis flácida aguda no relacionada con la poliomielitis (meta $>1/100\ 000$ entre la población <15 años) en un periodo de 12 meses. 2. Tasa de descartes de no sarampión/no rubéola (meta $\geq 2/100\ 000$ habitantes). 3. Acceso a capacidad de laboratorio para realizar pruebas de al menos una EPV bacteriana.
<p>OPE 1.4: Asegurar cadenas de suministro de alta calidad para las vacunas y los productos relacionados y una gestión eficaz de las vacunas, dentro del sistema de provisión de la atención primaria de salud</p>		
<p>Indicador seleccionado para el seguimiento mundial</p>	<p>Opciones de seguimiento regional</p>	<p>Opciones de seguimiento en los países</p>
<p>Proporción de tiempo con plena disponibilidad de DTPcv y MCV en el nivel de prestación de servicios (media de los países).</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de tiempo con plena disponibilidad de DTPcv y MCV en el nivel de prestación de servicios (media de los países).</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de países que cuentan con un sistema electrónico de gestión de existencias de vacunas y suministros para controlar las reservas de vacunas hasta la prestación del servicio. • Porcentaje de países que han realizado una evaluación de la gestión eficaz de las vacunas (EVMA) en los últimos tres años. • Porcentaje de países que alcanzaron una puntuación superior al 80% en al menos dos de las categorías de indicador EVM de DCE (D-disponibilidad, C-calidad y E-eficiencia), puntuación EVMA. • Porcentaje de países que cuentan con inventarios de la cadena de frío completos y actualizados regularmente (como mínimo una vez cada 6 meses) (CCI con CCE geolocalizados). 	<p>En línea con el seguimiento mundial: Plena disponibilidad de DTPcv y MCV en el nivel de prestación de servicios.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de distritos que informan de la disponibilidad de existencias (vacunas y suministros) a nivel de prestación de servicios. 2. Porcentaje de distritos que cuentan con un sistema electrónico de gestión de existencias de vacunas y suministros para controlar las reservas de vacunas hasta la prestación del servicio. 3. Agotamiento de existencias de DTP o MCV a nivel nacional. 4. Jornadas de desabastecimiento a nivel nacional. 5. Agotamiento de existencias de DTP o MCV a nivel subnacional. 6. Realización de la evaluación de la gestión eficaz de las vacunas (EVMA). 7. Porcentaje de centros con equipos PQS funcionales. 8. Puntuación EVM (no sólo si se ha llevado a cabo). 9. Funcionalidad de los equipos de la cadena de frío.

	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de países por debajo del 1% de desperdicio de viales cerrados para la vacuna antineumocócica conjugada (VNC). 	10. Desperdicio de viales cerrados para la vacuna antineumocócica conjugada (VNC).
OPE 1.5: Sistemas de información		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Ninguno	<p>Opciones de indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de países de la región en los que el porcentaje de población con acceso a registros personales de vacunación* es $\geq 80\%$.** * Incluye tanto los registros en papel como los digitales. ** Metas por fijar a nivel regional. Puntuación de la evaluación (p. ej., países con calidad efectiva del sistema de información ≥ 90). Porcentaje de países con un 90% o más de notificación completa y oportuna. Proporción de países que tienen: <ul style="list-style-type: none"> Registros de vacunación electrónicos con cobertura nacional (es decir, que cubran a toda la población de niños nacidos en ese año). Un sistema de información para la gestión de salud (SIGS) integrado que incluya datos de vacunación. Una estrategia de información sanitaria digital. 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población con acceso a registros personales de vacunación. Disponibilidad de un sistema de información sobre inmunización sostenible y eficaz, integrado en un sólido sistema nacional de información sanitaria. Porcentaje de distritos con acceso en línea al SIGS. Porcentaje de nacidos vivos registrados. El país utiliza datos de calidad sobre los vacunados de forma insuficiente para configurar los planes a nivel comunitario, subnacional y nacional. Porcentaje de niños con registros de vacunación por hogar. Porcentaje de distritos con notificación completa y puntual. Porcentaje de distritos que informan de abandonos de DTP1-DTP3. Porcentaje de distritos con una variación interanual de niños vacunados con DTP3 inferior al 15%.

OPE 1.6: Seguridad de las vacunas		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
<p>Proporción de países con al menos un informe de seguridad de un caso individual grave de fenómenos adversos después de la vacunación (FADV) documentado (con formulario de notificación y/o línea indicada) por cada millón de habitantes.</p>	<p>Indicador recomendado: Proporción de países que notifican a Vigibase los FADV graves individuales.*</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de países en los que la autoridad nacional de reglamentación (ANR) y el programa de inmunización comparten los datos sobre la seguridad de las vacunas (es decir, los datos sobre los casos graves de FADV comunicados en el formulario de notificación conjunta para el año anterior son idénticos a los datos cargados en Vigibase en el mismo año basándose en la fecha de aparición de los FADV). 2. Porcentaje de países con un comité de FADV funcional.** <p>* Esto se aplica a TODOS los países, independientemente de su acceso a Vigibase, ya que se insta a los países a notificar los casos de FADV a esta base de datos de forma progresiva, de modo que en 2030 el 100% de los países notifiquen las FADV graves individuales a Vigibase. ** Tal y como se describe en la sección 4.6 del manual mundial sobre la vigilancia de los FADV, que puede consultarse en: https://www.who.int/vaccine_safety/publications/Global_Manual_revised_12102015.pdf?ua=1</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Informes sobre seguridad de casos individuales de FADV por millón de habitantes.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de provincias o distritos u otras unidades subnacionales con al menos un informe de seguridad de un caso individual grave de FADV documentado (con formulario de notificación y/o línea indicada) por millón de habitantes. 2. Proporción de casos graves* de FADV en los que se evaluó la causalidad. <p>*Un evento que provoca la muerte, pone en peligro la vida, requiere hospitalización o la prolongación de una hospitalización ya existente, causa una discapacidad o incapacidad persistente o significativa, o es una anomalía congénita o un defecto de nacimiento. Cualquier evento médico que requiera una intervención para evitar uno de los resultados anteriores también puede considerarse grave.</p>

Cuadro 2: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE2 a todos los niveles

PE2: COMPROMISO Y DEMANDA		
OPE 2.1: Crear y mantener un fuerte compromiso político con la inmunización a todos los niveles		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Proporción de países con legislación en vigor que apoya la inmunización como bien público.	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países con legislación en vigor que apoya la inmunización como bien público.</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Legislación en vigor que apoya la inmunización como bien público.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcos de seguimiento de compromisos y rendición de cuentas utilizados a nivel nacional y subnacional.
OPE 2.2: Velar por que todas las personas y comunidades valoren, apoyen activamente y busquen los servicios de inmunización		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Proporción de países que han aplicado estrategias sociales o de comportamiento (es decir, estrategias de generación de demanda) para abordar la	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países que han aplicado estrategias sociales o de comportamiento (es decir, estrategias de generación de demanda) para abordar la vacunación insuficiente.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo gubernamental a la acción comunitaria (p. ej., fondos destinados a la acción comunitaria, provisión de 	<p>En línea con el seguimiento mundial: Aplicación de estrategias sociales o de comportamiento (es decir, estrategias de generación de demanda) para abordar la vacunación insuficiente en el año anterior.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Microplanes de los establecimientos de salud que incluyen la participación de la sociedad civil y los representantes de la comunidad.

<p>vacunación insuficiente.</p>	<p>herramientas técnicas adaptadas a las comunidades, programas para subgrupos en riesgo especial).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Países con un recurso en línea dedicado a compartir información precisa sobre vacunas e inmunización, incluido el calendario local. 3. Países con plataformas de escucha digital habituales establecidas. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Establecimientos de salud con personal que ha recibido formación (de actualización o de otro tipo) sobre comunicaciones interpersonales o similares. 3. Porcentaje de la población que valora la vacunación. 4. Marcador para un indicador adicional basado en cuentas. 5. Marcador para el indicador programático sobre la superación de las barreras de género a la inmunización.
---------------------------------	---	--

Cuadro 3: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE3 a todos los niveles

<p>PE3: COBERTURA Y EQUIDAD</p>		
<p>OPE 3.1: Ampliar los servicios de inmunización para llegar regularmente a los niños y comunidades de dosis cero e insuficientemente vacunados</p>		
<p>Indicador seleccionado para el seguimiento mundial</p>	<p>Opciones de seguimiento regional</p>	<p>Opciones de seguimiento en los países</p>
<p>Ninguno</p>	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de países con un plan basado en la evidencia y financiado para abordar la cobertura de las comunidades de alto riesgo (dosis cero e insuficientemente vacunadas). 2. Porcentaje de países con estrategias para llegar a la población desfavorecida. 3. Porcentaje de países que incluyen en sus estrategias nacionales de inmunización actividades para atender a los niños con dosis cero y a las comunidades que no han sido vacunadas. 4. Porcentaje de países en los que al menos el 80%* de los distritos cuentan con microplanos dirigidos específicamente a las comunidades de dosis cero (*meta que debe establecerse a nivel regional). 5. Porcentaje de países que han realizado una evaluación analítica (análisis de la cobertura y la equidad) del número y la distribución de los niños de dosis cero y con vacunas 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un plan basado en la evidencia y financiado para abordar la cobertura de las comunidades de alto riesgo. 2. Tasas de abandono entre la primera dosis (DTP1) y la tercera (DTP3) de las vacunas que contienen DTP; y tasas de abandono entre la DTP1 y la MCV1. 3. Número de sesiones de inmunización (1) planificadas y (2) realizadas, desglosadas por tipo de prestación (p. ej., fijas, de divulgación). 4. Porcentaje de distritos en los que también tiene lugar al menos el 80% de las sesiones planificadas (divulgación). 5. Porcentaje de niños elegibles en la población desfavorecida a los que se llega y se vacuna según el calendario nacional. 6. Porcentaje de distritos con microplanos que se dirigen expresamente a las comunidades de dosis cero e inmunización insuficiente.

	<p>insuficientes y de los factores determinantes de las comunidades que han quedado excluidas.</p> <p>6. Número de sesiones de inmunización realizadas, desglosadas por tipo de suministro.</p>	<p>7. Porcentaje de casos de parálisis flácida aguda (PFA) identificados como de "dosis cero" o no vacunados previamente con la OPV.</p>
<p>OPE 3.2: Promover y mantener una cobertura de inmunización elevada y equitativa a nivel nacional y en todos los distritos</p>		
<p>Indicador seleccionado para el seguimiento mundial</p>	<p>Opciones de seguimiento regional</p>	<p>Opciones de seguimiento en los países</p>
<p>Cobertura de DTP3, MCV1 y MCV2 en el 20% de los distritos con menor cobertura (media de los países).</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Cobertura de DTP3, MCV1 y MCV2 en el 20% de los distritos con menor cobertura (media de los países).</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de países con una tasa de abandono nacional anualizada de DTPcv1 y DTPcv3 superior al 5% de puntos. 2. Porcentaje de países que tienen estrategias explícitas en sus estrategias nacionales de inmunización para superar las barreras de género que dificultan la vacunación. 	<p>En línea con el seguimiento mundial: Cobertura de DTP3, MCV1 y MCV2 en el 20% de los distritos con menor cobertura.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tasas de abandono entre la primera dosis (DTP1) y la tercera (DTP3) de la vacuna que contiene DTP. 2. Equidad geográfica de la cobertura de inmunización. 3. Diferencia de puntos porcentuales en la cobertura de DTPcv1, MCV1 y FIC asociada a los determinantes socioeconómicos más importantes de la cobertura de vacunación en el país (pobreza, educación, etnia, afiliación religiosa). 4. Porcentaje de la población que vive en un radio de 5 km de un establecimiento fijo donde se ofrecen servicios de inmunización.

Cuadro 4: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE4 a todos los niveles

PE4: CURSO DE LA VIDA E INTEGRACIÓN		
OPE 4.1: Fortalecer las políticas y la prestación de servicios sobre inmunización a lo largo de toda la vida, incluida la vacunación de recuperación y las dosis de refuerzo adecuadas		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Alcance de la protección (cobertura media para todos los antígenos de la vacuna recomendados por la OMS, por país).	<p>En línea con el seguimiento mundial: Alcance de la protección (cobertura media para todos los antígenos de la vacuna recomendados por la OMS, por país).</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de países con al menos tres vacunas dirigidas a la población después del primer año de vida que figuran en el calendario nacional de inmunización. 2. Proporción de países con una dosis de refuerzo de la MCV2, la vacuna que contiene DTP (DTPcv) y contra el VPH que figuran en el calendario nacional de inmunización. 3. Proporción de países con programas de vacunación contra la gripe estacional para todas las personas o subpoblaciones de alto riesgo. 	<p>En línea con el seguimiento mundial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de vacunas recomendadas por la OMS presentes en su calendario nacional de inmunización. <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de vacunas dirigidas a la población después del primer año de vida incluidas en el calendario nacional de inmunización. 2. Disponibilidad de políticas y/o leyes para la vacunación en la infancia, la adolescencia y la edad adulta, incluidas las políticas sobre la recuperación de las vacunas que no se administraron anteriormente. 3. Cobertura de MCV2, dosis de refuerzo Penta, VPH. 4. Cobertura de la vacunación contra la gripe estacional en los países que la incluyen en el calendario nacional de inmunización para todas las personas o subpoblaciones de alto riesgo. 5. Porcentaje de LQA (control de calidad por lotes) que logran una tasa de "aprobación" superior al 80% durante las campañas de actividades suplementarias de vacunación (ASV), como la de la poliomielitis, el sarampión, etc.

OPE 4.2: Establecer puntos de contacto de prestación integrados entre la inmunización y otras intervenciones de salud pública para diferentes grupos etarios destinatarios		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Ninguno	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de países que cuentan con políticas nacionales o procedimientos operativos normalizados para reforzar la prestación de servicios de inmunización integrados con la atención primaria de salud, a lo largo del ciclo vital. 2. Proporción de países que tienen guías nacionales destinadas a la integración de la prestación de servicios y así evitar la pérdida de oportunidades, para todos los grupos etarios. 3. Proporción de países con > 90% de APS que prestan servicios de inmunización. 4. Proporción de países con > 80% de atención de salud terciaria que proporcionan servicios de inmunización. 5. Proporción de países que integran la prestación de la inmunización en $\geq 90\%$ de las estrategias de prestación no tradicionales existentes (p. ej., escuelas, farmacias). 6. Proporción de países con un índice compuesto de cobertura (ICC) (p. ej., el indicador de integración G5.2 del Plan de acción mundial sobre vacunas (PAMV)) estratificado por ICC < 60 (sistemas sanitarios débiles), ICC 60-70 (sistemas sanitarios menos débiles), ICC > 70 (sistemas de salud más fuertes). 7. Proporción de países que vinculan los registros domiciliarios con el registro civil de nacimientos a través de los servicios de inmunización. 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas nacionales o procedimientos operativos normalizados para reforzar la prestación de servicios de inmunización integrados con la atención primaria de salud, a lo largo del ciclo vital. 2. Existencia de guías nacionales para la integración de la prestación de servicios y así evitar la pérdida de oportunidades, para todos los grupos etarios. 3. Porcentaje de estrategias de provisión no tradicionales existentes (p. ej., escuelas, farmacias) que integran la prestación de servicios de inmunización. 4. Porcentaje de centros de APS que integran los servicios de inmunización con otros servicios de APS. 5. Porcentaje de atención de salud terciaria que ofrece un servicio de vacunación diario. 6. Vinculación de los registros domiciliarios con el registro civil de nacimientos a través de los servicios de inmunización. 7. Porcentaje de dispensarios de inmunización con un mecanismo activo para ofrecer planificación familiar posparto en el primer año después del nacimiento. 8. Número de distritos, y porcentaje de cobertura, con controles rutinarios de niños sanos en el segundo año de vida que incluyen crecimiento, nutrición y vacunación. 9. Número de distritos con investigación activa del porcentaje de oportunidades desaprovechadas para la vacunación utilizando la estrategia al respecto de la OMS en los planes anuales de inmunización

OPE 4.3: Acelerar la introducción de nuevas vacunas para proteger a un número mayor de personas de más enfermedades en todos los países		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Ninguno	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de países con todas las vacunas recomendadas por la OMS incluidas en su calendario nacional de inmunización. 2. Proporción de países con vacunas recién recomendadas que se han introducido después de 2020. 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de todas las vacunas recomendadas por la OMS incluidas en su calendario nacional de vacunación en un plazo de X años desde la recomendación formulada por la OMS. 2. Proporción de cada etapa del ciclo vital a la que se llegó con la última dosis de las vacunas recomendadas por la OMS. 3. Porcentaje de cobertura de vacunas recién recomendadas que se han introducido después de 2020. 4. Tasa de aumento de nuevas vacunas. 5. Número de introducciones de vacunas.

Cuadro 5: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE5 a todos los niveles

PE5: BROTES Y EMERGENCIAS		
OPE 5.1: Asegurar la preparación, la detección y la respuesta rápida y de alta calidad a los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Proporción de brotes de poliomielitis, sarampión, enfermedad	<p>En línea con el seguimiento mundial:</p> <p>Proporción de brotes de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con detección y</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial:</p> <p>Proporción de brotes de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con detección y respuesta oportunas.</p>

<p>meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con detección y respuesta oportunas (incluye sólo los brotes con una campaña de vacunación de respuesta).</p>	<p>respuesta oportunas (incluye sólo los brotes con una campaña de vacunación de respuesta).</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número anual de brotes de enfermedades propensas a la epidemia y prevenibles mediante vacunación, confirmados en laboratorio. 2. En el caso de las enfermedades prevenibles por vacunación propensas a las epidemias, la cobertura media alcanzada por las campañas de vacunación en respuesta a los brotes. 3. Porcentaje de países con un plan nacional de respuesta a los brotes epidémicos. 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número anual de brotes de enfermedades propensas a la epidemia y prevenibles mediante vacunación, confirmados en laboratorio. 2. En el caso de las enfermedades prevenibles por vacunación propensas a las epidemias, la cobertura media alcanzada por las campañas de vacunación en respuesta a los brotes. 3. (Se ha diseñado un plan nacional de respuesta a los brotes - S/N). 4. Porcentaje de solicitudes de reservas que demuestran el uso de pruebas (p. ej., datos de vigilancia de la enfermedad, análisis de las causas fundamentales y datos de cobertura) para apoyar la planificación u orientación de las campañas de respuesta a los brotes.
<p>OPE 5.2: Establecer servicios de inmunización oportunos y adecuados durante las emergencias y en las comunidades afectadas por conflictos, desastres y crisis humanitarias</p>		
<p>Indicador seleccionado para el seguimiento mundial</p>	<p>Opciones de seguimiento regional</p>	<p>Opciones de seguimiento en los países</p>
<p>Ninguno</p>	<p>Opciones de indicador:</p> <p>Porcentaje de niños que han sido vacunados según su edad con DTP3, MCV (última dosis) y VCN (última dosis) en entornos con crisis humanitarias o emergencias.</p>	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje anual de niños que han sido vacunados según su edad con DTP3, MCV (última dosis) y VCN (última dosis) en entornos con crisis humanitarias o emergencias. 2. Número de niños con dosis cero e insuficientemente vacunados en entornos frágiles, de conflicto y emergencia. 3. Encuestas sobre vacunas SMART o equivalentes realizadas durante un año de crisis.

Cuadro 6: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE6 a todos los niveles

PE6: SUMINISTRO Y SOSTENIBILIDAD		
OPE 6.1: Crear y mantener mercados mundiales sólidos para todos los antígenos de las vacunas		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Nivel de salud del mercado de vacunas, desglosado por antígenos de vacunas y tipos de países.	Ninguna	Ninguna
OPE 6.2: Garantizar recursos financieros suficientes para los programas de inmunización en todos los países		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Proporción de países cuyo gasto gubernamental interno y de donantes en atención primaria de salud aumentó o se mantuvo estable, a precios constantes per cápita (indicador GGHE: gasto de las administraciones públicas en salud).	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países cuyo gasto gubernamental interno y de donantes en atención primaria de salud aumentó o se mantuvo estable.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de países con un gasto gubernamental que se ha estancado o ha aumentado (desglosado por financiación nacional y de donantes) –en precios constantes por nacido vivo– en inmunización (desglosado por vacuna y costo operativo estimado). Número de países en los que la inmunización no fue prioritaria, es decir: <ul style="list-style-type: none"> disminuyó la proporción del presupuesto público interno destinado a la inmunización (vacunas y costos operativos); 	<p>En línea con el seguimiento mundial: Tendencia al aumento o al estancamiento del gasto gubernamental interno y de los donantes en atención primaria de salud e inmunización, en precios constantes per cápita y nacidos vivos.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Ha aumentado la proporción del gasto gubernamental interno sólo en la atención primaria de salud e inmunización, en precios constantes per cápita y nacidos vivos? ¿La tasa de ejecución anual del presupuesto de inmunización es inferior al 90%? ¿La tasa de ejecución anual del presupuesto de la APS es inferior al 90%? ¿Existe un plan operativo anual que estipule las necesidades del programa y los recursos disponibles para cubrirlas?

	<ul style="list-style-type: none"> - disminuyó la proporción del presupuesto público –incluido el dinero de los donantes– destinado a la inmunización. 3. Número de países que hacen un seguimiento del gasto en inmunización utilizando las cuentas de salud. 	<p>5. ¿Se ha llevado a cabo recientemente un análisis para la financiación de la inmunización con el fin de detectar los obstáculos que impiden avanzar hacia el acceso universal a la inmunización y explorar las posibilidades de ganar en eficacia mediante servicios integrados?</p>
<p>OPE 6.3: Aumentar el gasto destinado a la inmunización de los recursos nacionales existentes en los países que dependen de la ayuda y, cuando se abandone la ayuda, garantizar la financiación pública para lograr y mantener una cobertura elevada de todas las vacunas</p>		
<p>Indicador seleccionado para el seguimiento mundial</p>	<p>Opciones de seguimiento regional</p>	<p>Opciones de seguimiento en los países</p>
<p>Proporción de países en los que aumentó la proporción del gasto en vacunas del calendario nacional de inmunización financiado con recursos públicos nacionales.</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países en los que aumentó la proporción del gasto en vacunas del calendario nacional de inmunización financiado con recursos públicos nacionales.</p> <p>Opciones de indicador: Número de países en los que se ha mantenido o ha aumentado la proporción del gasto en vacunas del calendario de inmunización financiado con recursos públicos nacionales.</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Porcentaje del gasto total en vacunas del calendario nacional de inmunización financiado con recursos públicos nacionales.</p> <p>Opciones de indicador: La reducción del costo de las vacunas a lo largo del tiempo, por antígeno.</p>

Cuadro 7: Resumen de indicadores para el seguimiento de la PE7 a todos los niveles

PE7: INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		
OPE 7.1: Establecer y reforzar la capacidad a todos los niveles para determinar las prioridades en materia de innovación, y para crear y gestionar la innovación		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
<p>Proporción de países con un plan de investigación sobre inmunización.</p>	<p>En línea con el seguimiento mundial: Proporción de países con un plan de investigación sobre inmunización.</p> <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de un marco, un proceso o un formato común para elaborar programas de investigación sobre inmunización en los países. 2. Proporción de países que elaboraron un plan de investigación sobre inmunización, en relación con el nivel de referencia. 3. Proporción de países que han conseguido financiación para elaborar y aplicar programas nacionales de inmunización. 4. Proporción de países que participan en la producción y suministro de vacunas, I+D, investigación aplicada y/o fabricación. 	<p>En línea con el seguimiento mundial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe un plan de investigación sobre inmunización. <p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora de la capacidad institucional y técnica para llevar a cabo ensayos clínicos de vacunas. 2. Número de distritos que han definido sus prioridades para nuevos productos o innovaciones.

OPE 7.2: Desarrollar nuevas vacunas y tecnologías asociadas, y mejorar los productos y servicios disponibles para los programas de inmunización		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Avances hacia la investigación y el desarrollo mundiales.	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de nuevos productos o innovaciones relacionados con las vacunas que se hayan aprobado o aplicado o que se encuentren en estudios piloto. Número de ensayos clínicos clave realizados. Número de nuevas vacunas precalificadas. Número de países en los que el RITAG aprueba sus prioridades del plan de investigación sobre inmunización. Número de vacunas en fabricación comercial. Establecimiento de un marco de evaluación para valorar la aceptación y la eficacia de la aplicación de los productos y servicios nuevos y existentes. 	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de nuevos productos o innovaciones relacionados con las vacunas aprobados por la autoridad nacional de reglamentación (ANR). Número de nuevas vacunas recomendadas para ser utilizadas. Número de ensayos clínicos clave realizados. Número de vacunas en fabricación comercial.
OPE 7.3: Evaluar las innovaciones prometedoras y ampliarlas, según proceda, a partir de la mejor evidencia disponible		
Indicador seleccionado para el seguimiento mundial	Opciones de seguimiento regional	Opciones de seguimiento en los países
Ninguno	<p>Opciones de indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Proporción de países que han establecido procesos o marcos para determinar qué productos e innovaciones de vacunas han de desarrollar, introducir o utilizar. Proporción de países que han aplicado al menos una recomendación de un NITAG u otro grupo de asesoramiento técnico independiente competente. 	<p>Opciones de indicador::</p> <ol style="list-style-type: none"> Aplicada al menos una recomendación de un NITAG u otro grupo de asesoramiento técnico independiente competente. Lista de soluciones basadas en la evidencia para fortalecer la prestación de servicios de inmunización. El progreso alcanzado en la implementación o ampliación de las soluciones basadas en la evidencia para fortalecer la prestación de servicios de inmunización.

Metadatos para los indicadores de objetivos de prioridad estratégica

Indicadores de objetivos de prioridad estratégica mundial

Cada indicador mundial de objetivos de prioridad estratégica se definirá con las características siguientes:

Identificación del indicador, nombre	PE 1.1 - Proporción de países con evidencia de haber adoptado un mecanismo de seguimiento, evaluación y acción a nivel nacional y subnacional
Definición	<p><u>El mecanismo que impulsa los ciclos de seguimiento, evaluación y acción a nivel nacional y subnacional (equivalente al distrito) se define según los criterios siguientes.</u></p> <p><u>Los criterios incluyen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de un NITAG funcional o un grupo de asesoramiento técnico equivalente. 2. Se han establecido ciclos de seguimiento, evaluación y acción. 3. Existe un circuito de retroalimentación para comunicar las evaluaciones del progreso y las acciones recomendadas desde el nivel subnacional al nacional y viceversa.
Cálculo y consideraciones operativas	<p>La toma de decisiones basada en datos es un indicio de dirección y gestión sólidas. Este indicador debería ayudar a unir a los principales interesados en generar acciones de manera responsable. La información procedente de los ejercicios de los tres ciclos debe comunicarse a los niveles superiores y las recomendaciones deben transmitirse a los niveles inferiores. Las acciones planificadas o adoptadas deben comunicarse a los niveles superiores y de éstos a los inferiores. El indicador se comunicará por sí solo de acuerdo con los criterios anteriores. El cumplimiento de cada criterio da 1 punto, con una puntuación máxima de 3 puntos. Actualmente no se dispone de datos para este indicador a nivel mundial, excepto para la presencia y funcionalidad del NITAG, que se recoge a través del formulario de notificación conjunta (JRF).</p> <p>Preguntas del JRF:</p> <p>Criterio 1: presencia de un NITAG funcional o un grupo de asesoramiento técnico equivalente (ya recogido a través del JRF). «Funcional» se define como el cumplimiento de lo siguiente: 1) el grupo de asesoramiento técnico tiene un mandato formal por escrito; 2) existe una base legislativa o administrativa para el grupo de asesoramiento; 3) las siguientes áreas de experiencia están representadas en el grupo como elementos básicos: pediatría, salud pública, enfermedades infecciosas, epidemiología e inmunología; 4) los miembros del grupo de asesoramiento técnico han de declarar los conflictos de intereses; 5) el comité se reúne al menos una vez al año de forma regular; y 6) el orden del día y los documentos de referencia se distribuyen a los miembros del grupo de asesoramiento técnico al menos una semana antes de las reuniones.</p> <p>Criterio 2: existían ciclos de seguimiento, evaluación y acción en [insértese el año anterior].</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1 En [inserte el año anterior], ¿tenía su país en vigor ciclos de seguimiento, evaluación y acción para la toma de decisiones basada en datos? 2 En caso afirmativo, proporcione un documento operativo que describa el proceso de los tres ciclos en su país durante el año anterior: 3 En caso afirmativo, proporcione una descripción resumida de las acciones implementadas para fortalecer el rendimiento del programa de inmunización que se produjeron al aplicar los ciclos de seguimiento, evaluación y acción. 4 En caso afirmativo, seleccione las partes interesadas que facilitaron orientación para los ciclos de seguimiento, evaluación y acción en [inserte el año anterior]. <ol style="list-style-type: none"> 4.1 NITAG 4.2 Gobierno 4.3 Organizaciones de la sociedad civil 4.4 Otro (especificar) <p>Criterio 3: existe un circuito de retroalimentación para comunicar las evaluaciones de los avances y las acciones recomendadas desde el nivel subnacional al nacional y viceversa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 En [inserte el año anterior], ¿se comunicó la evaluación de los resultados de los indicadores de inmunización desde el nivel nacional al subnacional? 3.2 En [inserte el año anterior], ¿se comunicó la evaluación de los resultados de los indicadores de inmunización desde el nivel subnacional al nacional?
Método de medida	<p>Los datos de este indicador se recogerán a través de un autoinforme (Sí/No) y una solicitud de aportar documentación justificativa. La documentación justificativa incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documento operativo que describe el proceso de los tres ciclos a todos los niveles. - Evidencia de las acciones implementadas para fortalecer el rendimiento del programa de inmunización en todos los niveles.
Fuente de datos	Se propone la recopilación a través del JRF.

Identificación del indicador, nombre	PE 1.2 - Densidad de médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10 000 habitantes
Definición	Número de médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10 000 habitantes.
Cálculo y consideraciones operativas	<p>Densidad de médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10 000 habitantes:</p> <p>Numerador: número de médicos, personal de enfermería y matronas, definido en recuentos de personas.</p> <p>Denominador: población total (por 10 000 habitantes).</p>

	<p>Por «médicos» se entienden las ocupaciones siguientes: generalistas, médicos especialistas y médicos de cabecera. Los códigos de grupos de unidades de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) incluidos en esta categoría son 221, 2211 y 2212.</p> <p>El personal de enfermería y partería agrupa las ocupaciones siguientes: profesionales de enfermería, profesionales asociados de enfermería, profesionales de partería, profesionales asociados de partería y ocupaciones afines. Los códigos de grupos de unidades CIUO incluidos en esta categoría son 2221, 2222, 3221 y 3222 de la CIUO-08.</p>
Método de medida	<p>En respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA 69.19), se creó una plataforma de datos basada en las cuentas nacionales sobre el personal de salud para facilitar la notificación. Como complemento a la información nacional transmitida a través de esta plataforma de datos, también se utilizan otras fuentes, como el censo nacional, las encuestas de población activa y otras fuentes administrativas nacionales y regionales clave. En general, los datos del denominador para la densidad del personal (es decir, las estimaciones de la población nacional) se obtienen de la base de datos World Population Prospects de la División de Población de las Naciones Unidas. En los casos en que el informe oficial sobre el personal de salud proporcione indicadores de densidad en lugar de recuentos, los cálculos de la población se han obtenido utilizando la población estimada a partir de la base de datos World Population Prospects de la División de Población de las Naciones Unidas.</p> <p>Si desea obtener más información, consulte los sitios:</p> <p>https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)</p> <p>https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence</p>
Fuente de datos	<p>Numerador: cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) de la OMS.</p> <p>Denominador: perspectivas de la población mundial de la División de Población de las Naciones Unidas.</p>

Identificación del indicador, nombre	PE 1.3 - Proporción de países con un 90% de notificación a tiempo del 90% de los distritos para casos sospechosos de todas las enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV) prioritarias incluidas en la vigilancia nacional (incluida la notificación de casos cero)*
Definición	<p>Países con notificación puntual de los distritos con casos sospechosos de todas las EPV prioritarias incluidas en la vigilancia nacional (incluida la notificación de casos cero).</p> <p>*Casos sospechosos de todas las EPV prioritarias bajo vigilancia nacional. Las EPV prioritarias incluyen, como mínimo, poliomielitis, sarampión, rubéola, tétanos neonatal, fiebre amarilla (para los países endémicos), meningococo (para los países del cinturón de la meningitis) y otras enfermedades bajo vigilancia nacional que un país o región determine como prioritarias.</p>
Cálculo y consideraciones operativas	<p>Denominador: total de los países que han comunicado datos.</p> <p>El numerador se compone de países en los que al menos el 90% de los distritos ha logrado reportar a tiempo al menos el 90% de todas las enfermedades prevenibles por vacunación prioritarias incluidas en la vigilancia nacional (incluida la notificación de cero casos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar el número de casos para todos los casos sospechosos de EPV predefinidas a nivel provincial o nacional. El número de casos puede ser cero.

	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar esas comunicaciones de forma puntual según los plazos internos del país relativos a la notificación. - Para lograr un 90% de notificación al año: si un país prevé la notificación semanal de una determinada enfermedad, entonces el distrito debe reportar ≥ 47 veces en el plazo establecido por el país. Si la notificación de una enfermedad es mensual, hay que informar ≥ 11 veces en un año natural. <p>Los distritos no contarán en el numerador si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se informa del número de casos sospechosos para algunas, pero no todas, las EPV predefinidas. - No se informa a tiempo. - Se informa menos del 90% de las veces. <p>Los países pequeños pueden utilizar como unidad de medida su unidad administrativa primaria o sus establecimientos de salud.</p>																
<p>Método de medida</p>	<p>Para calcular este indicador, se proponen las preguntas siguientes para el JRF.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son las EPV prioritarias en su país (las EPV prioritarias son las que un país define como aquellas para las que desea lograr una vigilancia de alta calidad con el fin de impulsar su programa de vacunación; puede tratarse de enfermedades destinadas a la eliminación o erradicación, o de aquellas que un país está considerando con miras a introducir una vacuna, o porque la carga de la enfermedad es elevada o porque son muy propensas a los brotes) que se incluyen en la vigilancia nacional (desplegar o seleccionar todas las EPV)? 2. Número de distritos: ____ 3. Rellene la tabla para ayudar a calcular el indicador. <table border="1" data-bbox="558 813 1713 1243"> <thead> <tr> <th data-bbox="558 813 844 1011">EPV prioritaria (seleccione todas las EPV prioritarias)</th> <th data-bbox="844 813 1136 1011">Frecuencia de notificación (diaria, semanal, mensual)</th> <th data-bbox="1136 813 1423 1011">Número total de distritos que informaron en cualquier momento durante ____ (año)</th> <th data-bbox="1423 813 1713 1011">Número de distritos que informan al menos del 90% del tiempo durante ____ (año)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="558 1011 844 1076">Indique el nombre de la EPV 1</td> <td data-bbox="844 1011 1136 1076"></td> <td data-bbox="1136 1011 1423 1076"></td> <td data-bbox="1423 1011 1713 1076"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="558 1076 844 1141">Indique el nombre de la EPV 2</td> <td data-bbox="844 1076 1136 1141"></td> <td data-bbox="1136 1076 1423 1141"></td> <td data-bbox="1423 1076 1713 1141"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="558 1141 844 1243">Indique el nombre de la EPV 3 (etc., en todas las EPV)</td> <td data-bbox="844 1141 1136 1243"></td> <td data-bbox="1136 1141 1423 1243"></td> <td data-bbox="1423 1141 1713 1243"></td> </tr> </tbody> </table>	EPV prioritaria (seleccione todas las EPV prioritarias)	Frecuencia de notificación (diaria, semanal, mensual)	Número total de distritos que informaron en cualquier momento durante ____ (año)	Número de distritos que informan al menos del 90% del tiempo durante ____ (año)	Indique el nombre de la EPV 1				Indique el nombre de la EPV 2				Indique el nombre de la EPV 3 (etc., en todas las EPV)			
EPV prioritaria (seleccione todas las EPV prioritarias)	Frecuencia de notificación (diaria, semanal, mensual)	Número total de distritos que informaron en cualquier momento durante ____ (año)	Número de distritos que informan al menos del 90% del tiempo durante ____ (año)														
Indique el nombre de la EPV 1																	
Indique el nombre de la EPV 2																	
Indique el nombre de la EPV 3 (etc., en todas las EPV)																	
<p>Fuente de datos</p>	<p>Se propone la recopilación a través del JRF.</p>																

Identificación del indicador, nombre	PE 1.4 - Proporción de tiempo con plena disponibilidad a nivel de prestación de servicios de DTPcv y MCV (media de los países)
Definición	Promedio de todos los países informantes sobre el porcentaje de establecimientos de salud que no comunicaron ningún desabastecimiento durante todo el año para DTPcv y MCV.
Cálculo y consideraciones operativas	<p>Los países que informan de que cuentan con un sistema para medir la disponibilidad de vacunas a nivel de prestación de servicios consolidarán los datos de los establecimientos y calcularán el porcentaje medio anual de establecimientos sin desabastecimiento de DTPcv y MCV.</p> <p>Se propone añadir las preguntas siguientes al JRF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene su país un sistema para medir la disponibilidad de las vacunas en el nivel de prestación de servicios (S/N)? • ¿Cuál fue la disponibilidad de vacunas que contienen sarampión en [insertar el año anterior], definida como el porcentaje de establecimientos de salud que no informaron de ningún desabastecimiento durante todo el año? • ¿Cuál fue la disponibilidad de vacunas que contienen DTP en [insertar el año anterior], definida como el porcentaje de centros de salud que no informaron de ningún desabastecimiento durante todo el año? <p>Cálculo: porcentaje medio de DTPcv y MCV en todos los países que disponen de un sistema para recoger esta información.</p> <p>Consideraciones operativas: En el contexto de este indicador, esto significa que, para cada mes, todos los establecimientos de salud pudieron satisfacer todas las necesidades de vacunas y no informaron de ningún desabastecimiento durante todo el año para ambas vacunas.</p>
Método de medida	<p>Los países deben supervisar y recopilar datos a nivel de establecimiento sobre la disponibilidad de vacunas que contengan DTP y MCV a lo largo de un año utilizando el sistema de información existente (p. ej., LMIS, HMIS, DHIS2, wVSSM u otras plataformas de gestión de la información disponibles).</p> <p>Los países que carezcan de estos datos (p. ej., que no informen sobre el indicador o que no dispongan de un sistema de seguimiento de las existencias a nivel de prestación de servicios) deben indicar N en la primera pregunta.</p>
Fuente de datos	Se propone la recopilación a través del JRF.

Identificación del indicador, nombre	PE 1.6 - Proporción de países con al menos un informe documentado sobre la seguridad de los casos graves de FADV* individuales (con formulario de notificación y/o listado) por cada millón de habitantes totales
Definición	Países con informes documentados (con formulario de notificación y/o listado) sobre la seguridad de los casos graves de FADV individuales por cada millón de habitantes totales.
Cálculo y consideraciones operativas	<p>Número anual de informes sobre la seguridad de los casos individuales de FADV disponibles en la base de datos mundial de la OMS para el seguimiento de la seguridad.</p> <p>Umbral: todos los países con al menos un informe sobre la seguridad de un caso individual de FADV por 1 000 000 de habitantes.</p> <p>Población total: perspectivas de la población mundial de la División de Población de las Naciones Unidas, por ejemplo. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf</p> <p>* Base de datos mundial de la OMS – VigiBase: https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/</p>
Método de medida	<p>Tasa de notificación de FADV graves individuales en millones de habitantes totales por año = Número de casos de FADV graves documentados individualmente notificados en el país o área subnacional por año / Población total en el mismo país o área subnacional por año por 1 000 000</p> $\text{Individual serious AEFI reporting rate in million total population per year} = \frac{\text{Number of individually documented serious AEFI cases reported from a country/ sub-national area per year}}{\text{Total population in the same country/ sub-national area per year}} \times 1,000,000$
Fuente de datos	<p>Fuente de datos primarios: base de datos mundial de la OMS VigiBase: https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/.</p> <p>Se utilizarán datos de VigiBase en los países que tengan capacidad para cargar datos en VigiBase.</p> <p>El JRF se usará temporalmente para los países que estén pasando a la notificación basada en casos en VigiBase.</p>

Identificación del indicador, nombre	2.1 - Proporción de países con legislación vigente que apoya la inmunización como bien público
Definición	Proporción de países con legislación vigente que apoya la inmunización como bien público.

<p>Cálculo y consideraciones operativas</p>	<p>En la actualidad, estos datos no se recogen sistemáticamente a nivel mundial, por lo que habrá que añadirlos al JRF en 2021. El cálculo se realizará a través de la autnotificación (Sí/No) por parte de los países y la solicitud de cargar una copia o un enlace a la legislación correspondiente.</p> <p>Preguntas propuestas para el JRF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe una ley de vacunación u otra legislación que apoye la inmunización y comprometa al gobierno a financiar todos los aspectos del programa de inmunización a todos los niveles? - Indique el año en que se aprobó. - Por favor, cargue la documentación justificativa o proporcione el enlace del sitio web en el campo de comentarios:
<p>Método de medida</p>	<p>La existencia (o no) de una base legislativa que respalde el compromiso de proporcionar inmunización a la población financiada por el gobierno.</p> <p>Esto se medirá a través de una autnotificación (Sí/No) y una solicitud de aportar documentación justificativa.</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Se incluirá en el JRF. Nota: la OPS está probando la inclusión de esta pregunta en el JRF 2020. De acuerdo con las observaciones formuladas por los países de la Región, la redacción exacta de la pregunta podría modificarse convenientemente.</p> <p>La pregunta también contendrá una nota explicativa (ejemplo de texto a continuación):</p> <p>Una "ley de vacunación u otra legislación" podría incluir leyes escritas (leyes, normas) o reglamentos, órdenes o decretos establecidos por la autoridad pública y ejecutables por ley. Es posible que la legislación sea especializada para la inmunización o que esté contenida en otra legislación general de salud pública y, entre otras cosas, debe tener en cuenta asegurar la financiación de todos los componentes del programa de inmunización a todos los niveles, incluida la compra y la disponibilidad puntual de vacunas de conformidad con la planificación nacional, la formación, la supervisión, las actividades de divulgación y los sistemas de información, entre otros.</p>

<p>Identificación del indicador, nombre</p>	<p>2.2 - Porcentaje de países que han aplicado estrategias sociales o de comportamiento (es decir, estrategias de generación de demanda) para abordar la infravacunación</p>
<p>Definición</p>	<p>Porcentaje de países que han aplicado estrategias sociales o de comportamiento (es decir, estrategias de generación de demanda) para abordar la infravacunación.</p>
<p>Cálculo y consideraciones operativas</p>	<p>Actualmente, estos datos no se recogen a nivel mundial, por lo que habrá que añadirlos al JRF en 2021. El cálculo se realizará mediante la autnotificación de los países a la pregunta siguiente:</p> <p>En [inserte el año anterior], ¿implementó el país alguna estrategia social o de comportamiento (es decir, estrategias de generación de demanda) para abordar la infravacunación? Elija todas las opciones que procedan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para mejorar el acceso a la vacunación • Intervenciones para mejorar la calidad del servicio • Intervenciones para fomentar la capacidad del personal de salud • Participación de la comunidad

	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para comunicar o educar al público • Intervenciones para gestionar la desinformación basadas en datos obtenidos al escuchar de tipo social o digital • Intervenciones a nivel político (p. ej., incentivos) • Otros (especificar):
Método de medida	Indicador que los países comunicarán a través del JRF y que sustituirá a las anteriores preguntas sobre la demanda en el JRF.
Fuente de datos	Se propone la recopilación a través del JRF.

Identificación del indicador, nombre	3.2 - Cobertura de DTP3, MCV1 y MCV2 en el 20% de los distritos con la menor cobertura (media de los países)
Definición	Promedio entre todos los países informantes de la cobertura de DTP3, MCV1 y MCV2 en el 20% de los distritos con los resultados más bajos de cada país.
Cálculo y consideraciones operativas	Cobertura media en el quintil más bajo para cada país que informa de la cobertura a nivel de distrito. El grupo de distritos con peores resultados puede cambiar de un año a otro (es decir, no se intenta seguir los resultados en un grupo fijo de distritos).
Método de medida	Análisis de la cobertura a nivel de distrito comunicada por los Estados Miembros.
Fuente de datos	Notificación anual realizada por los Estados Miembros de los datos de cobertura a nivel de distrito a través del proceso del formulario de notificación conjunta (JRF).

Identificación del indicador, nombre	4.1 - Amplitud de la protección: cobertura media para todos los antígenos de vacunas recomendados por la OMS
Definición	La amplitud de la protección se define como la cobertura media para todos los antígenos de vacunas recomendados por la OMS.
Cálculo y consideraciones operativas	La media de la cobertura obtenida a nivel mundial, regional y nacional para los antígenos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B, Hib, sarampión, sarampión segunda dosis, neumonía, poliomielitis, IPV, rubéola, rotavirus y VPH. <p>Obsérvese que esta definición puede ser más precisa.</p>

Método de medida	Análisis de WUENIC.
Fuente de datos	JRF, WUENIC.

Identificación del indicador, nombre	5.1 - Proporción de brotes de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con detección y respuesta rápidas (incluye sólo los brotes con una campaña de vacunación de respuesta al brote)
Definición	<p>Proporción de brotes* de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con detección y respuesta rápidas**.</p> <p>*Sólo se aplica a los brotes para los que existe una campaña de vacunación de respuesta al brote. **Debe definirse para cada enfermedad el tiempo aceptable desde el inicio del brote hasta la puesta en marcha de la campaña.</p>
Cálculo y consideraciones operativas	<p>Se debe determinar el tiempo desde el inicio del brote hasta la implementación de la campaña de vacunación para cada brote de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola para el que exista una campaña de vacunación de respuesta a brotes.</p> <p>Para cada vacuna se definirá el tiempo máximo que debe transcurrir desde el inicio del brote hasta la puesta en marcha de la campaña de vacunación para que se considere oportuno. Los criterios para establecer el inicio del brote y la prontitud de la detección y la respuesta al brote serán coherentes con las normas de vigilancia de la OMS y las estrategias de erradicación, eliminación o control de la enfermedad. El cálculo del indicador consistirá en dividir el número total colectivo de brotes conocidos de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con detección oportuna y campañas de vacunación de respuesta al brote por el número total colectivo de brotes conocidos de poliomielitis, sarampión, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, cólera y ébola con campañas de vacunación de respuesta al brote.</p>
Método de medida	Información del Grupo internacional de coordinación del suministro de vacunas, la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola (MRI), la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) y el grupo de Emergencias Sanitarias Mundiales de la OMS, complementada por los programas nacionales de inmunización y vigilancia de la enfermedad utilizando el formulario de notificación conjunta de la OMS y el UNICEF (JRF).
Fuente de datos	Grupo internacional de coordinación (GIC), MRI, IEMP, OMS, programas nacionales de inmunización y vigilancia de enfermedades. Se recopilará sistemáticamente información de los programas nacionales de inmunización y vigilancia de enfermedades para proporcionar datos a nivel regional y mundial.

Identificación del indicador, nombre	6.1 - Nivel de salud del mercado de vacunas, desglosado por antígeno y tipos de países
Definición	Nivel de salud del mercado, desglosado por antígeno y tipos de países (países de ingresos medianos y países de ingresos altos que pertenecen a Gavi y están fuera de esta organización).
Cálculo y consideraciones operativas	<ul style="list-style-type: none"> • La oferta mundial supera la demanda mundial en más de x, y en no más de y — x e y, tal como se define en los estudios de mercado específicos por vacuna de MI4A (información sobre el mercado para el acceso a las vacunas): https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mi4a/platform/module2/en/, por antígeno. • Los dos mayores proveedores no superan los 2/3 del mercado, por antígeno. • El número total de fabricantes es superior a tres, incluidos los que tienen un producto en fase de desarrollo clínico (al menos en fase IIa), por antígeno.
Método de medida	<p>Se han definido una serie de criterios para determinar el nivel de salud de un mercado. El número de criterios "cumplidos" determina directamente la salud del mercado para cada vacuna. Cada organización aporta sus datos y se realiza un ejercicio de ajuste en caso de discrepancias.</p> <p>Más concretamente, se medirán los factores siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la oferta satisface la demanda • riesgo individual del proveedor • capacidad de reserva • competencia a largo plazo <p>Los asociados (OMS, UNICEF, Gavi y Fundación Bill y Melinda Gates) realizarán una evaluación semicuantitativa de la salud de cada mercado. A partir de las evaluaciones de antígenos individuales de los citados factores y una visión global del contexto programático de cada mercado, se evaluarán los mercados en función de las categorías siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente y requiere una mayor intervención: existen graves problemas y riesgos de seguridad en el suministro, no se espera ninguna mejora sin la intervención de la Alianza Gavi. • Insuficiente con condiciones de mejora: existen graves retos y riesgos para la seguridad del suministro, las mejoras son posibles pero requieren más seguimiento y tiempo para materializarse. • Suficiente con riesgos: dificultades limitadas en cuanto a la seguridad del suministro con riesgos inaceptables de retroceso; se necesitan intervenciones para mitigar los riesgos. • Suficiente y sostenible: problemas limitados en cuanto a la seguridad del suministro con riesgos aceptables; se necesita hacer seguimiento para asegurarse de que los riesgos no aumenten.
Fuente de datos	1. UNICEF

	<ol style="list-style-type: none"> 2. OMS: a través de la iniciativa MI4A (información sobre el mercado para el acceso a las vacunas). 3. Secretaría de Gavi 4. Fundación Bill y Melinda Gates
--	---

Identificación del indicador, nombre	6.2 - Proporción de países cuyo gasto público interno y de donantes en atención primaria de salud aumentó o se mantuvo estable
Definición	Proporción de países cuyo nivel de gasto público actual (procedente de financiación nacional y donantes) en atención primaria de salud (APS) per cápita en USD (precios constantes) aumentó o se mantuvo estable desde el nivel anterior a 2020.
Cálculo y consideraciones operativas	Los datos del gasto per cápita en APS en USD constantes se calculan utilizando el gasto en APS, dividido por la población y medido en precio constante en USD (convertido en precio de la unidad monetaria nacional de 2020 y luego convertido en USD de 2020). El cálculo de la tendencia se definirá posteriormente, aprovechando los métodos utilizados para el GHED (base de datos mundiales de la OMS sobre el gasto en salud) y el GHER (informe mundial sobre el gasto en salud).
Método de medida	Para supervisar el crecimiento, el método propuesto consiste en tomar las tasas de crecimiento anual, utilizando valores per cápita a precios constantes. Véase el enlace: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57752201/en
Fuente de datos	GHED de la OMS (datos de las cuentas de salud). https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

Identificación del indicador, nombre	6.3 - Proporción de países en los que aumentó la proporción del gasto en vacunas del calendario nacional de vacunación financiado con recursos gubernamentales nacionales
Definición	Número de países cuya proporción del gasto actual en vacunas (en el calendario nacional de vacunación) que se financia con fondos públicos nacionales se incrementó desde el nivel anterior a 2020.
Cálculo y consideraciones operativas	La proporción se calcula a partir del gasto gubernamental nacional en vacunas como porcentaje del gasto total en vacunas de inmunización sistemática. El cálculo de la tendencia se definirá posteriormente, aprovechando los métodos empleados para el GHED y el GHER de la OMS.

Método de medida	<p>Para supervisar el crecimiento, el método propuesto consiste en comparar las proporciones de Yt con Yt-1.</p> <p>El valor total de las vacunas utilizado para la provisión de inmunización. Todos los materiales y servicios deben consumirse en su totalidad durante el periodo de actividad de producción.</p> <p>Recursos públicos nacionales gastados en todas las vacunas utilizadas de conformidad con el programa nacional de inmunización, incluidas las dosis rutinarias de vacunas, y siguiendo el calendario de vacunación de cada país. Incluye el precio del mercado internacional, así como los gastos de transporte y manipulación. Las vacunas administradas en las Jornadas de Salud Infantil se incluyen en los gastos en vacunas rutinarias, pero se excluyen los gastos relacionados con las dosis de vacunas administradas a través de las actividades suplementarias de vacunación (ASV).</p>
Fuente de datos	JRF

Identificación del indicador, nombre	PE 7.1- Proporción de países con un plan nacional de investigación sobre inmunización
Definición	Número de países con un plan nacional de investigación sobre inmunización definido y basado en necesidades de evidencia claramente determinadas y priorizadas, y especificado en la estrategia nacional de inmunización u otro documento estratégico nacional.
Cálculo y consideraciones operativas	<p>El plan nacional debe establecer las áreas de investigación prioritarias que aumenten la probabilidad de que el país alcance sus metas de la AI2030.</p> <p>La investigación se define como actividades que abarcan cinco áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medir la magnitud y la distribución de un problema de salud; • comprender las diversas causas o los determinantes del problema, ya se deban a factores biológicos, de comportamiento, sociales o ambientales; • encontrar y elaborar soluciones o intervenciones que ayuden a prevenir o mitigar el problema; • aplicar o dar soluciones mediante políticas y programas; • evaluar la repercusión de estas soluciones en la magnitud, el nivel y la distribución del problema. <p>Los planes de investigación variarán en función del contexto y las prioridades nacionales. Es posible que algunos países se centren en la carga de morbilidad y la investigación de la implantación o el funcionamiento para fundamentar la aplicación de nuevos productos, mientras que otros pueden tener planes de mayor alcance.</p>
Método de medida	<p>Preguntas propuestas para el JRF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe un plan nacional de investigación sobre la inmunización? <p>EN CASO AFIRMATIVO,</p>

	<p>- Por favor, proporcione la documentación justificativa (p. ej., la estrategia nacional de inmunización, el plan nacional de salud) que puede demostrar la existencia de un plan nacional de investigación en materia de inmunización.</p> <p>A partir de esta documentación justificativa presentada por los propios interesados, se llevará a cabo un examen documental para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la línea de base del número de planes nacionales de investigación sobre inmunización que existen en la actualidad, qué forma tienen (hasta qué punto son variables), dónde se sitúan, cómo se supervisan (examen documental, encuestas a través de las organizaciones regionales). • Analizar si un marco u orientación para diseñar estrategias nacionales de inmunización es deseable y útil, y especificar uno si es necesario. • Evaluar el progreso hacia la estrategia nacional de inmunización como parte de la notificación del Plan Nacional de Seguro.
Fuente de datos	<p>Fuente de datos primarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se propone la recopilación a través del JRF. <p>Los países deberían revisar estas fuentes para el documento de su plan de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización (NITAG) • Estrategias nacionales de inmunización • Órganos nacionales de reglamentación • RITAG • Registros de ensayos clínicos

Identificación del indicador, nombre	PE 7.2 - Avances hacia las metas mundiales de investigación y desarrollo
Definición	Los avances en la consecución de las metas mundiales de investigación y desarrollo se supervisarán según una lista reducida de metas mundiales que será elaborada por la OMS y respaldada por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE).
Cálculo y consideraciones operativas	La Sede de la OMS y las oficinas regionales, junto con los principales asociados y partes interesadas, definirán mutuamente las metas y supervisarán y evaluarán los progresos realizados a nivel mundial y regional. El proceso exigirá un marco de priorización para alinear las prioridades y las metas, así como un mecanismo de seguimiento y evaluación. La lista reducida sugerida deberá presentarse a más tardar en el SAGE de octubre de 2022.

Método de medida	<p>Mundial: la medición requerirá</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión periódica de la literatura para seguir las tendencias y los avances en la materia. - La línea de base se establecerá mediante el mismo proceso utilizando la revisión periódica de la literatura.
Fuente de datos	<p>Fuente de datos primarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión periódica de la literatura, incluida la literatura gris. <p>La revisión de la literatura debe incluir las siguientes fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité consultivo para el desarrollo de productos y vacunas de la OMS y grupos de trabajo asociados (https://www.who.int/immunization/research/committees/pdvac/en/) • Estrategia de priorización de la innovación en vacunas (https://www.gavi.org/our-alliance/market-shaping/vaccine-innovation-prioritization-strategy) • INFUSE (https://www.gavi.org/investing-gavi/infuse) • Registros de ensayos clínicos, sitios web de fabricantes, productos en fase de preparación, etc., revisión de la investigación ética.

Elaboración más detallada de los indicadores de meta de impacto y objetivos de prioridad estratégica

El marco de seguimiento y evaluación de la AI2030 incluye varios indicadores de meta de impacto y de objetivos de prioridad estratégica que no se habían recogido anteriormente y precisan de una elaboración más profunda. Además, la agenda de aprendizaje indica que el marco de seguimiento y evaluación debe revisarse y actualizarse al menos una vez cada tres años en respuesta a los cambios en las necesidades programáticas y a las mejoras en los métodos de seguimiento y evaluación, a fin de estar seguros de que proporciona los datos necesarios para mejorar los resultados del programa de inmunización. En esta revisión periódica se debería evaluar si los datos recopilados son adecuados para su propósito y hacer las revisiones necesarias para actualizar los indicadores a medida que se refuerzan continuamente las capacidades del programa de inmunización.

Los siguientes indicadores de meta de impacto deben ser elaborados en mayor medida, lo que incluye la recopilación de más datos y/o un análisis pormenorizado de las tendencias históricas y las previsiones (p. ej., el impacto previsto a largo plazo de la pandemia de COVID-19) para producir estimaciones de referencia y establecer metas realistas.

Meta de impacto 1.1: Número de muertes evitadas por enfermedades prevenibles mediante vacunación.

- En los próximos años se añadirán otros patógenos (p. 22) al ámbito de la meta de impacto 1.1. Estos patógenos se han clasificado en función de las prioridades estratégicas, la disponibilidad de datos y la viabilidad.
- Las estimaciones para la meta de impacto 1.1. se actualizarán y comunicarán anualmente con la publicación de WUENIC.
- Los modelos y los métodos se perfeccionarán, y las estimaciones se validarán con nuevos datos.
- El impacto previsto de la pandemia de COVID-19 sobre la tasa de cobertura se incorporará a medida que se disponga de más datos.

Meta de impacto 1.2: Número y proporción de países que han alcanzado las metas mundiales o regionales de control, eliminación y erradicación de EPV.

- Podrán incluirse otras EPV para su análisis conforme los organismos regionales o mundiales aprueben nuevas EPV para su control, eliminación y erradicación.
- Se actualizarán tanto los indicadores como las metas de EPV a medida que evolucionen las estrategias de seguimiento de los programas de enfermedades. Las posibles actualizaciones incluyen desde la aprobación regional hasta la mundial, el valor y el tipo de meta y su marco temporal.

Meta de impacto 1.3: Número de brotes grandes o perturbadores de enfermedades prevenibles por vacunación.

- Los criterios para los brotes grandes o perturbadores de sarampión, poliomielitis, meningococo, fiebre amarilla, cólera y ébola se establecerán en consonancia con las estrategias mundiales de enfermedades prevenibles por vacunación. Estos criterios se actualizarán según sea necesario durante la década para reflejar los cambios que se produzcan en estas estrategias.
- Los datos históricos y de referencia sobre la vigilancia de enfermedades se evaluarán con respecto a los criterios definitivos. Las evaluaciones del número de brotes que puedan calificarse de grandes o perturbadores se actualizarán anualmente para cada enfermedad en el ámbito de la meta de impacto 1.3.

- En los próximos años, es posible que se añadan otros patógenos al ámbito de aplicación de la meta de impacto 1.3, en consonancia con las metas mundiales de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, especialmente a medida que nuevas enfermedades propensas a los brotes adquieran la categoría de vacunables.

Meta de impacto 3.2: Índice de cobertura de servicios de la CSU

- Es probable que la métrica utilizada para medir la CSU y la APS evolucione a lo largo de la década con los avances en los datos y la comprensión. La meta correspondiente al indicador de la meta de impacto 3.2 también evolucionará para asegurarse de que la contribución del programa de inmunización a la APS y la CSU se mida de la mejor manera posible.

Además, todos los indicadores MI deben ser evaluados a medida que se implementan para recopilar, medir, analizar, interpretar, comunicar y utilizar adecuadamente los resultados para impulsar el progreso hacia la consecución de las metas de impacto de la AI2030.

Los siguientes indicadores de objetivos de prioridad estratégica (OPE) deben ser elaborados más a fondo:

OPE 1.1: Reforzar y mantener que el liderazgo, la gestión y la coordinación de los programas de inmunización sean sólidos a todos los niveles.

- El buen funcionamiento de los ciclos de seguimiento, evaluación y acción para mejorar continuamente la calidad de los programas de inmunización es una medida representativa clave del liderazgo, la gestión y la coordinación. El seguimiento de este indicador podría requerir la creación de nuevos mecanismos de información y retroalimentación, así como el fomento de la capacidad para aplicar estos tres ciclos a todos los niveles.

OPE 2.2: Velar por que todas las personas y comunidades valoren, apoyen activamente y busquen los servicios de vacunación.

- El objetivo de este indicador es hacer que los programas nacionales de inmunización asignen recursos específicos a evaluar y salvar los obstáculos a la vacunación. Sin embargo, no ha sido posible elaborar un único indicador mundial de creación de demanda que sea aplicable a todos los países, y la disponibilidad de datos para medir este indicador podría ser una dificultad añadida en algunos países.

OPE 3.1: Asegurar la preparación, la detección y la respuesta rápida y de alta calidad a los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación.

- Los criterios para la detección oportuna de los brotes y la respuesta a los mismos se ultimarán para cada enfermedad en el ámbito de la PE 5.1, con arreglo a las metas mundiales de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Los datos históricos y de referencia relativos a la vigilancia de la enfermedad se evaluarán en función de los criterios definitivos. Las evaluaciones de la proporción de brotes con campañas de vacunación de respuesta que tuvieron una detección y respuesta puntuales, se actualizarán anualmente para cada enfermedad dentro del ámbito de la PE 5.1. Los criterios para la detección y respuesta oportunas a los brotes pueden revisarse periódicamente a la luz de las tecnologías de diagnóstico y los métodos que surjan para la vigilancia de la enfermedad y la respuesta a los brotes.

- En los próximos años, tal vez se añadan otros patógenos al ámbito de aplicación de la PE 5.1, en consonancia con las metas mundiales de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, especialmente a medida que otras enfermedades propensas a los brotes se conviertan en vacunables.

OPE 7.2: Desarrollar nuevas vacunas y tecnologías asociadas, y mejorar los productos y servicios disponibles para los programas de inmunización.

- Este indicador del PAMV (es decir, una lista reducida de metas de I+D prioritarias a nivel mundial) tiene por objeto ser un indicador provisional hasta que se defina, a través de mecanismos mundiales y regionales, un enfoque estratégico encaminado a establecer programas de I+D que permitan obtener nuevas vacunas y tecnologías, y mejoras de los productos y servicios existentes para los programas de inmunización.
- El enfoque estratégico para establecer los programas de I+D debería tener en cuenta los programas nacionales de investigación en materia de inmunización (PE 7.1), y reflejar la estrategia de investigación e innovación de la AI2030, que se centra en "la innovación basada en las necesidades y tiene como objetivo reforzar los mecanismos para determinar las prioridades de investigación e innovación en función de las necesidades de la comunidad, en particular de las personas desatendidas, y velar por que esas prioridades fundamenten las innovaciones de productos, servicios y prácticas de inmunización". Los programas regionales de I+D deben centrarse en lograr el mayor efecto posible entre los países de la región y han de incorporarse al programa mundial de I+D, garantizando así que éste descansa en las necesidades de las comunidades.

Traducido por Octopus Translations. La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.