

Poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. En su 136.ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe¹ y expresó su apoyo a las propuestas contenidas en el proyecto de decisión que figuraba en ese informe acerca de la intensificación de las estrategias de erradicación y la retirada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral. Los miembros del Consejo subrayaron que solo se podía lograr un mundo sin poliomielitis mediante la solidaridad mundial y la cooperación internacional, y el Consejo acordó que la Secretaría prepararía un proyecto de resolución sobre la intensificación de los esfuerzos para lograr un mundo sin poliomielitis con miras a su consideración por la Asamblea de la Salud. En respuesta a la solicitud del Consejo, la Secretaría ha organizado consultas informales con los Estados Miembros, que han incluido presentaciones en línea y reuniones presenciales. El texto definitivo del proyecto de resolución se publicará como documento A68/21 Add.1 tras la consulta prevista para el 22 de abril de 2015.

2. El presente informe proporciona información actualizada sobre los progresos realizados en la reducción del riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes y sobre los cuatro principales objetivos del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, en particular sobre la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes y la preparación para la retirada coordinada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral a nivel mundial, prevista para abril de 2016.

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS SALVAJES

3. Preocupada por la propagación internacional de poliovirus salvajes durante el primer trimestre de 2014, la Directora General convocó, para los días 28 y 29 de abril de 2014, una reunión del Comité de Emergencias establecido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El Comité señaló que, si no se le hacía frente, la situación podía llevar al fracaso de la erradicación mundial de una de las enfermedades más graves prevenibles mediante vacunación. El 5 de mayo de 2014, la Directora General declaró que la propagación internacional de poliovirus salvajes constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y formuló una serie de recomendaciones temporales.

4. Esas recomendaciones temporales incluían orientaciones para la adopción de medidas destinadas a reducir el riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes, entre ellas la de declarar la interrupción de la transmisión de poliovirus una emergencia nacional de salud pública, y de abordarla como tal, y la de exigir la vacunación de los viajeros procedentes de países afectados. La Directora General, siguiendo las orientaciones del Comité de Emergencias, amplió las recomendaciones temporales iniciales el 3 de agosto de 2014, el 14 de noviembre de 2014 y el 27 de febrero de 2015, momento en el que el Pakistán era el único país que seguía exportando poliovirus salvajes a nivel internacio-

¹ Véanse las actas resumidas de la 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo, séptima sesión.

nal. En su reunión de febrero, el Comité de Emergencias formuló orientaciones adicionales con arreglo a una estratificación actualizada en función del riesgo de los países que seguían entrando en las categorías de Estados que están exportando poliovirus salvajes, Estados infectados por poliovirus salvajes pero que en la actualidad no los están exportando, y Estados que ya no están infectados por poliovirus pero que siguen siendo vulnerables a la propagación internacional. El Comité aconsejó que se adoptaran medidas urgentes para coordinar las actividades a nivel regional, habida cuenta de los movimientos transfronterizos de población a gran escala. El Comité de Emergencias se volverá a reunir antes del final de abril para evaluar la situación de la transmisión de poliovirus salvajes y determinar si las recomendaciones temporales deberían mantenerse más allá de la Asamblea de la Salud de mayo de 2015 o si sería necesario formular recomendaciones permanentes para reducir con más eficacia el riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes.

5. En 2014 se notificaron a nivel mundial 359 casos de poliomiелitis parálitica por poliovirus salvajes; en 2013 se registraron 416 casos. Todos los casos fueron causados por poliovirus salvajes de tipo 1; la mayoría (el 85%) se produjeron en el Pakistán, que sigue siendo un país de transmisión intensa. En el Afganistán se registraron 28 casos, principalmente debido a importaciones transfronterizas del virus, aunque la transmisión de un poliovirus salvaje autóctono continuó en la región del sur. En Nigeria, el país restante en que la poliomiелitis es endémica, la aplicación sistemática de estrategias de erradicación se ha traducido en una reducción sustancial del número de casos; a lo largo del año se notificaron en total seis casos (en el caso más reciente, la parálisis comenzó el 24 de julio de 2014).

6. También se han observado avances en los países con nuevos casos o con transmisiones a raíz de importaciones de poliovirus salvajes en 2013 y 2014 que han aplicado medidas de respuesta ante los brotes epidémicos. En el Cuerno de África, Somalia notificó cinco casos (siendo el 11 de agosto de 2014 la fecha más reciente de inicio de la parálisis), mientras que Etiopía registró un único caso (con inicio de la parálisis el 5 de enero de 2014). En África central, el Camerún y Guinea Ecuatorial notificaron cada uno cinco casos (siendo la fecha más reciente de inicio de la parálisis el 9 de julio y el 3 de mayo de 2014, respectivamente). En Oriente Medio, el Iraq notificó dos casos (fecha de inicio más reciente: 7 de abril de 2014) y la República Árabe Siria, uno (21 de enero de 2014); en Israel, la última muestra ambiental positiva detectada se recogió el 30 de marzo de 2014. Se considera que Oriente Medio sigue corriendo un riesgo especialmente alto de volver a infectarse, habida cuenta de la intensidad de la transmisión del virus en el Pakistán y el deterioro continuado de los sistemas de inmunización en la República Árabe Siria y en el Iraq debido al conflicto y a la situación en materia de seguridad.

7. Para seguir avanzando y lograr la erradicación de los poliovirus salvajes en el continente africano, se requieren las siguientes medidas: intensificación de la vigilancia en las zonas con mayor riesgo de transmisión no detectada, especialmente en el Camerún, el Gabón, Guinea Ecuatorial, la República Centroafricana, Somalia y Sudán del Sur; fortalecimiento de los enfoques innovadores que se están utilizando para llegar a toda la población infantil del norte de Nigeria; y lograr el cese de los brotes mediante la plena aplicación de medidas intensivas de respuesta en África central y el Cuerno de África. En Oriente Medio se deberá proseguir con las campañas de inmunización sincronizadas para mejorar la inmunidad de la población frente a la poliomiелitis y reducir el riesgo de nuevos brotes, sobre todo en las zonas afectadas por la actual crisis en la República Árabe Siria; en algunas regiones del Iraq, el Líbano, Siria y Turquía, se está poniendo un énfasis especial en la mejora de la sensibilidad de los sistemas de vigilancia.

8. En el Mediterráneo Oriental, la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes depende cada vez más de que el Pakistán subsane las deficiencias crónicas en la aplicación de las estrategias de respuesta y pueda vacunar a los niños de las zonas infectadas a las que ha sido difícil acceder debido al conflicto existente o a las amenazas y ataques de que son objeto los trabajadores sanitarios en las

Áreas Tribales bajo Administración Federal (FATA), las provincias de Jaiber Pajtunjuá y Baluchistán y la ciudad de Karachi. A finales de 2014, los líderes y directores de salud pública de todos los niveles y los asociados prepararon un sólido «plan de emergencia para la estación de baja transmisión» para el primer trimestre de 2015. Este plan incluye importantes enseñanzas que permiten llegar a los niños que han quedado repetidamente fuera de las campañas de vacunación en aquellas zonas que son inseguras y registran peores resultados, mecanismos rigurosos de monitoreo y rendición de cuentas, el establecimiento de centros de operaciones de emergencia a nivel federal y provincial para coordinar y supervisar la aplicación, y la notificación periódica de información sobre la situación a la Oficina del Primer Ministro. Se considera que el plan contiene todos los elementos necesarios para la erradicación rápida de la poliomielitis; sin embargo, su éxito depende de su plena aplicación en todas las zonas del Pakistán. En el Afganistán, la prioridad sigue siendo interrumpir la transmisión endémica de virus residuales en la región del sur e impedir nuevas importaciones transfronterizas del Pakistán.

9. Si se quieren prevenir nuevos casos de propagación internacional de poliovirus salvajes, hay que asegurar la plena aplicación de las estrategias de erradicación en las zonas que siguen infectadas, en particular en el Pakistán; poner en práctica íntegramente las recomendaciones temporales emitidas por la Directora General; y reforzar la vigilancia a nivel mundial con miras a facilitar una respuesta rápida ante nuevos casos.

RETIRADA DEL COMPONENTE DE TIPO 2 DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL

10. En octubre de 2014, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización¹ examinó los progresos realizados en relación con los cinco criterios para evaluar la preparación a nivel mundial para la retirada coordinada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral, a saber: introducir en todos los países al menos una dosis de vacuna con poliovirus inactivado; autorizar el uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente con fines de inmunización sistemática; establecer una reserva mundial de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2, junto con los protocolos para su uso; asegurar el confinamiento y el manejo apropiados de material de poliovirus de tipo 2 infeccioso, o potencialmente infeccioso; y verificar la erradicación de poliovirus salvajes de tipo 2 a nivel mundial. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización concluyó que se habían iniciado los preparativos para la retirada mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en abril de 2016 y recomendó a los Estados Miembros que aceleraran esos preparativos. En su 136.ª reunión, celebrada en enero de 2015, el Consejo Ejecutivo tomó nota de este planteamiento y sus miembros subrayaron la necesidad de asegurar que a finales de 2015 a más tardar se cuente con la preparación mundial necesaria para la retirada coordinada de las vacunas antipoliomielíticas orales que contienen el componente de tipo 2.

11. En febrero de 2015, todos los Estados Miembros excepto uno habían introducido ya la vacuna con poliovirus inactivado, o tenían previsto hacerlo antes de finalizar el año. El único país que no lo hizo supone menos del 0,01% de la cohorte de nacimientos a nivel mundial y no presenta un alto riesgo de aparición de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal. De los 73 países que cumplían las condiciones para pedir apoyo a la Alianza GAVI para introducir la vacuna con poliovirus inactivado, 66 han visto prosperar sus solicitudes. El Consejo de Supervisión de la Poliomielitis (POB) de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis acordó otorgar a otros 25 países de ingresos bajos y medianos-bajos apoyo financiero durante 12 meses a fin de facilitar la introducción de la vacuna

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, 21 a 23 de octubre de 2014, conclusiones y recomendaciones. Disponible en <http://www.who.int/wer/2014/wer8950.pdf> (consultado el 31 de marzo de 2015).

para finales de 2015. Hay trabajos en curso para promover la transferencia de tecnología para la producción nacional de la vacuna con poliovirus inactivados de la cepa Sabin, según se solicite.

12. La retirada mundial, dentro de los sistemas de inmunización sistemática, del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral exigirá la sustitución de la formulación trivalente de la vacuna por la formulación bivalente (tipos 1 y 3) en todos los países que siguen utilizando la vacuna antipoliomielítica oral. Se sigue trabajando con los fabricantes de vacunas antipoliomielíticas orales bivalentes, así como con los organismos de reglamentación nacionales competentes, en la definición de opciones que permitan ampliar el alcance de las licencias actuales para estos productos y hacerlo extensivo a su uso en actividades de inmunización sistemática. Es imprescindible que todos los países que deseen utilizar la vacuna antipoliomielítica oral después de abril de 2016 reúnan para finales de 2015 los requisitos nacionales establecidos para la autorización del uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente en sus programas de inmunización sistemática. La OMS recomienda que se acepte el uso de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente en la inmunización sistemática, con sujeción a su precalificación por la OMS a la espera de que concluyan los trámites de registro nacional. Se ha elaborado un protocolo para facilitar las tareas nacionales de planificación relacionadas con la sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente, en el contexto de la retirada coordinada del componente de tipo 2 a nivel mundial.¹ El Consejo tomó nota de este planteamiento en su 136.^a reunión.

13. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización ha reforzado su recomendación anterior en el sentido de que únicamente se deben establecer y mantener reservas de vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes de tipo 2 a nivel mundial con el fin de minimizar el riesgo de reintroducción accidental de poliovirus del serotipo 2, una vez retirado el componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en todo el mundo. El UNICEF ha contratado a dos fabricantes del producto precalificado por la OMS para constituir una reserva mundial de 500 millones de dosis de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 para finales de 2015. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico también ha aprobado un protocolo sobre la liberación y utilización de lotes de vacuna de la reserva en el que se propone que la autoridad decisoria corresponda al Director General, que actuará asesorado por un grupo de expertos; este último tendrá el mandato expreso de determinar, en caso de detección de poliovirus de tipo 2, si se trata de una transmisión, confirmada o probable, que requiere una respuesta basada en la vacunación.^{2,3} El Consejo Ejecutivo tomó nota de este planteamiento en su 136.^a reunión.

14. En 2014, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización finalizó y aprobó la estrategia y el plan para el pleno alineamiento de las medidas de confinamiento de poliovirus con los hitos y plazos del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, de los que tomó nota el Consejo Ejecutivo. El Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación

¹ Switch from tOPV to bOPV: guidelines for developing national operational plans – a handbook for national decision makers, programme managers, logisticians, and consultants on operational aspects related to nationwide switch from tOPV to bOPV. Disponible en: http://www.who.int/entity/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/OPVSwitch-Guidelines_nat_plans_Mar2015.pdf?ua=1 (consultado el 31 de marzo de 2015).

² Operational framework for monovalent oral poliovirus type 2 (mOPV2) deployment and replenishment (during the endgame period). Disponible en http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/mOPV2_Operational_Framework.pdf (consultado el 31 de marzo de 2015).

³ Protocol for notification, risk assessment, and response following detection of poliovirus type 2 following globally-coordinated cessation of serotype 2-containing oral polio vaccine. Disponible en http://www.who.int/entity/immunization/sage/meetings/2014/october/6_Type_2_response_protocol_14_oct_clean.pdf?ua=1 (consultado el 31 de marzo de 2015).

de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral¹ establece una serie de medidas concretas para la fase de confinamiento de poliovirus de tipo 2 previsto en la fase final; el Plan prevé requisitos diferenciados según se trate de instalaciones destinadas al almacenamiento de poliovirus salvajes o de poliovirus de la cepa Sabin y establece los parámetros generales para el confinamiento a largo plazo de los poliovirus tras la suspensión definitiva, después de 2019, del uso de todas las vacunas antipoliomielíticas orales.

15. La Secretaría está pidiendo a los Estados Miembros, en relación con la certificación de la erradicación de la poliomiélitis, que presenten a sus comisiones regionales pertinentes, a mediados de 2015 a más tardar, documentación oficial que confirme: que se ha interrumpido la transmisión de poliovirus salvajes de tipo 2; que las actividades de confinamiento de la fase 1 han concluido, o habrán concluido para finales de 2015; y que se han implantado planes apropiados para contener cualquier poliovirus salvaje residual de tipo 2, de conformidad con lo previsto en el Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso sistemático de la vacuna antipoliomielítica oral. La documentación en cuestión será sometida al examen de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis, que decidirá formalmente si se puede declarar la erradicación de los poliovirus salvajes de tipo 2 y si se cumplen los criterios para la retirada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral.

16. La retirada mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral está programada en estos momentos para abril de 2016 (durante la estación de baja transmisión de poliovirus). La confirmación definitiva de esa fecha dependerá de si se ha logrado interrumpir la transmisión de todos los poliovirus circulantes persistentes de tipo 2 de origen vacunal. Al 3 de marzo de 2015 no se habían detectado poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal en el norte de Nigeria desde el caso más reciente en el que la parálisis comenzó el 16 de noviembre de 2014 (30 casos en total en 2014). En 2014, en el Pakistán, dos «viejos» linajes de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal provocaron en 21 casos de parálisis, la mayoría de ellos detectados en las Áreas Tribales bajo Administración Federal (FATA) y en áreas adyacentes de la provincia de Jaiber Pajtunjuá. Estos dos linajes no han sido detectados desde junio de 2014. Un nuevo linaje persistente emergió en Gadap (Karachi) en julio de 2014 y fue detectado por última vez en enero de 2015 en una muestra de vigilancia ambiental. Las autoridades tanto de Nigeria como del Pakistán han aumentado su cobertura con vacunas de poliovirus que contienen el componente de tipo 2 durante las recientes campañas de inmunización suplementaria y han obtenido resultados alentadores. En 2015 están previstas nuevas campañas para detener de forma efectiva la transmisión de poliovirus de tipo 2 y posibilitar así la retirada mundial de la vacuna antipoliomielítica oral que contiene el componente de tipo 2 en la fecha prevista en 2016.

PLANIFICACIÓN DEL LEGADO

17. La planificación del aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomiélitis tiene por finalidad asegurar que las inversiones realizadas en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis sigan redundando en beneficio de otros objetivos de desarrollo a largo plazo, a través de la documentación y la transferencia de los conocimientos, las enseñanzas extraídas y los activos acumulados. Así por ejemplo, la infraestructura utilizada para la erradicación de la poliomiélitis ha ayudado a respaldar la respuesta ante el brote de la enfermedad por el virus del Ebola (EVE) en África occiden-

¹ WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of OPV use (GAPIII). Disponible en <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Posteradicationpolicydocuments.aspx> (consultado el 31 de marzo de 2015).

tal, aportando personal para prestar apoyo de emergencia y realizar tareas relacionadas con la vigilancia, la localización de contactos, la gestión de datos, la logística y la distribución de suministros y con el manejo de la epidemia. En Nigeria, los activos y la experiencia del centro de operaciones de emergencia específicamente dedicado a la erradicación de la poliomielitis, y el personal del mismo, han desempeñado un papel clave en los esfuerzos por detener el brote de EVE en el país. En 2014 se celebraron nuevas consultas con los Estados Miembros, los principales asociados y los interesados directos, y se organizaron misiones piloto de planificación detallada en la República Democrática del Congo y Nepal para asegurar la planificación del aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

18. Las actividades en cuestión vienen a reforzar las conclusiones formuladas por los comités regionales de la OMS en 2013 en el sentido de que la planificación del legado debe redundar en beneficio de las prioridades sanitarias existentes y ha de ser impulsada y dirigida por los países, estando su éxito supeditado al establecimiento de un procedimiento formal en todos los países donde se financian activos sustanciales para la erradicación de la poliomielitis a través de recursos externos. A tal fin, el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis elaboró y aprobó en diciembre de 2014 un proyecto de marco, y se están preparando unas directrices de transición para orientar la planificación del legado a nivel de los países, sobre la base de un enfoque de tres etapas, centradas en la planificación y toma de decisiones, la preparación y la ejecución. Habrá que asignar a diversos interesados directos funciones y responsabilidades específicas; los gobiernos nacionales asumirán el liderazgo general del proceso, un consorcio de donantes se encargará de facilitar la transición de los recursos, y otros asociados o nuevas entidades ofrecerán experiencia en gestión de proyectos y asistencia técnica.

19. La finalización en 2015 del marco mundial para el aprovechamiento del legado facilitará el programa de trabajo para la transición de la infraestructura relacionada con la erradicación de la poliomielitis hacia otras prioridades. La planificación del aprovechamiento del legado recibirá apoyo en países específicos, incluidos aquellos que ya han iniciado la planificación de la transición y aquellos que cuentan con recursos sustanciales para la erradicación de la poliomielitis. En los planes se deberá velar por que las funciones esenciales relacionadas con la erradicación de la poliomielitis se mantengan más allá de la conclusión de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

FINANCIACIÓN

20. A finales de 2014, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis había recibido US\$ 2230 millones en concepto de contribuciones y estaba tratando de recaudar otros US\$ 2850 millones en forma de promesas de financiación, siendo el presupuesto global para 2013-2018 de US\$ 5500 millones. La materialización plena y rápida de todas las promesas de financiación dejaría un déficit de financiación remanente de US\$ 451 millones con respecto al Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. En la 136.^a reunión del Consejo Ejecutivo, algunos de sus miembros manifestaron su preocupación por el actual déficit de financiación y el riesgo que representaba para la plena aplicación del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, y pidieron a todos los donantes que cumplieran rápidamente sus promesas y cubrieran el déficit de financiación remanente con la mayor urgencia posible.

21. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis experimentó cambios significativos de liderazgo y gestión a finales de 2014, tras un examen exhaustivo de la gestión de la Iniciativa encargado por el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis por recomendación de la Junta de Seguimiento Independiente para la erradicación de la poliomielitis. El Consejo de Supervisión de la Poliomielitis adoptó varias recomendaciones para que la erradicación se lleve a cabo de forma más rápida y eficaz. Se ha creado un nuevo comité de finanzas y contabilidad para garantizar una comunicación más rápida, exhaustiva y transparente de la información financiera. Para mediados de 2015, la Iniciativa de

Erradicación Mundial de la Poliomielitis habrá llevado a cabo un examen de mitad de periodo del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, en el que se evaluarán los progresos realizados y se identificarán los ajustes que es preciso realizar, sobre todo presupuestarios.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

22. Se invita a la Asamblea de la Salud a examinar el proyecto de resolución que figura en el documento A68/21 Add.1.

= = =