

Erradicación de la poliomielitis

Informe del Director General

1. En el presente informe se ofrece una actualización sobre los progresos realizados hacia el cumplimiento de los cuatro objetivos del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 (el Plan estratégico para la fase final). Se resumen los obstáculos programáticos, epidemiológicos y financieros para librar al mundo de la poliomielitis de forma duradera. El Consejo Ejecutivo, en su 142.ª reunión, tomó nota de una versión anterior del presente informe.¹ En consonancia con las decisiones WHA70(9) (2017) y EB142(2) (2018), se presenta por separado a la actual Asamblea Mundial de la Salud un informe en relación con el plan de acción estratégico sobre la transición relativa a la poliomielitis para poner de relieve la estrategia de poscertificación, en la que se definen las funciones esenciales que los Estados Miembros deberán mantener para que el mundo siga libre de poliomielitis.²

2. Las estrategias expuestas en el Plan estratégico para la fase final³ han propiciado la práctica erradicación de la poliomielitis y han sentado las bases para mantener a perpetuidad un mundo sin poliomielitis. Las estrategias siguen siendo apropiadas para conseguir el objetivo deseado y se aplicarán hasta lograr la certificación mundial. Una vez certificada la erradicación de los poliovirus salvajes, la estrategia de poscertificación² servirá de guía en las actividades que deben aplicarse y las funciones que deben recibir apoyo para que el mundo siga libre de poliomielitis. La Secretaría seguirá informando anualmente a la Asamblea de la Salud sobre los progresos en el logro de todos los objetivos del Plan estratégico para la fase final, hasta que se certifique la erradicación de los poliovirus salvajes en todo el mundo.

DETECCIÓN DE POLIOVIRUS E INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN

Transmisión de poliovirus salvajes

3. Prosiguen los esfuerzos por erradicar todas las cepas restantes de poliovirus salvajes. El último caso notificado de poliomielitis por poliovirus salvaje de tipo 2 fue en 1999: el poliovirus salvaje de tipo 2 fue declarado oficialmente erradicado en septiembre de 2015. El poliovirus salvaje de tipo 3 no se ha detectado en ninguna parte del mundo desde noviembre de 2012, cuando el último caso de la

¹ Documento EB142/37, véanse las actas resumidas del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, decimotercera sesión, sección 3.

² *Polio Post-Certification Strategy* (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy/>), consultado el 15 de marzo de 2018.

³ Véanse los documentos A66/18 y WHA66/2013/REC/3, actas resumidas de la novena sesión de la Comisión A, sección 1.

enfermedad debido a esta cepa se notificó en el estado de Yobe (Nigeria). Desde entonces, todos los casos de poliomielitis paralítica por poliovirus salvajes han sido provocados por poliovirus salvajes de tipo 1, que sigue circulando en tres países en los que la enfermedad es endémica: Afganistán, Nigeria y Pakistán.

4. En Nigeria no se ha confirmado ningún nuevo caso de poliomielitis por poliovirus salvaje de tipo 1 en 2017, tras la detección de casos en agosto de 2016 en el estado de Borno (los virus aislados estaban relacionados estrechamente con una cepa de poliovirus salvaje de tipo 1 previamente detectada en el estado de Borno en 2011). No obstante, debido a que sigue habiendo deficiencias en materia de vigilancia en zonas inaccesibles y de alto riesgo, no se puede descartar que esta cepa siga circulando sin ser detectada. El Gobierno de Nigeria sigue respondiendo de manera agresiva al brote, en estrecha coordinación con los países vecinos de la subregión del Lago Chad, en el contexto de la emergencia humanitaria más amplia que afecta a la subregión. La falta de acceso y la imposibilidad de realizar actividades de vacunación y vigilancia de alta calidad en muchas zonas del estado de Borno siguen siendo los principales obstáculos. Un objetivo clave sigue siendo impedir que el brote se extienda a otras zonas de la subregión, y se están adoptando medidas adicionales para aumentar la sensibilidad de la vigilancia y los niveles de inmunidad, entre ellas las siguientes: ampliar la vigilancia ambiental; realizar pruebas a personas sanas (incluidos los adultos) cuando salen de zonas inaccesibles; establecer puestos de vacunación permanentes en puntos clave de entrada a zonas inaccesibles para vacunar a niños y a personas de otros grupos de edad; y realizar rápidamente campañas de inmunización de barrido cuando surja la oportunidad o cuando las zonas se hagan accesibles.

5. El Afganistán y el Pakistán siguen siendo tratados como un único bloque epidemiológico. En 2017, se habían notificado ocho casos de poliomielitis paralítica por poliovirus salvaje de tipo 1 en el Pakistán, en comparación con los 20 casos notificados en 2016; en el Afganistán se habían notificado 14 casos, en comparación con los 13 notificados en 2016. Al 31 de enero de 2018, se habían notificado en el Afganistán tres casos de poliomielitis paralítica por poliovirus salvaje de tipo 1. Ambos países siguen realizando sólidos avances, y los grupos de asesoramiento técnico independientes subrayan la viabilidad de la interrupción rápida de la transmisión de las cepas de poliovirus restantes. Sin embargo, para alcanzar este objetivo es necesario llegar a todos los niños no vacunados. Ambos países están coordinando estrechamente sus actividades. En este sentido, están centrando sus esfuerzos en identificar claramente a los niños no vacunados y las razones por las que no están vacunados y en establecer planes operacionales para superar estos obstáculos. En particular, siguen poniendo énfasis en llegar a las poblaciones móviles de alto riesgo que se desplazan internamente tanto dentro de los países como entre ellos. Actualmente la transmisión del virus se restringe principalmente a dos corredores transfronterizos: el primero conecta la parte oriental del Afganistán con la provincia de Jáiber Pakhtunkhwa y las Zonas Tribales bajo Administración Federal del Pakistán, y el segundo une la parte meridional del Afganistán (Kandahar y Hilmand) con el bloque de Quetta, en la provincia de Balochistán del Pakistán. La coordinación del programa de erradicación de la poliomielitis siguió mejorando en 2017 a nivel nacional, provincial y regional, así como entre los distritos fronterizos de los corredores comunes de transmisión, centrándose en la vacunación de las poblaciones móviles de alto riesgo y aquellas que viven junto a la frontera. Los problemas que afectan a la calidad de las operaciones en el bloque de Quetta también se deben solventar rápidamente. Al mismo tiempo, las zonas exentas de poliomielitis de ambos países deben mantener altos niveles de inmunidad y vigilancia. La vigilancia ambiental en ambos países confirma el riesgo de que siga habiendo transmisión del virus desde los reservorios restantes hasta las zonas libres de poliomielitis. La situación es especialmente preocupante en Karachi (Pakistán), puesto que se siguen detectando muestras ambientales positivas y desde la confirmación de un caso de poliomielitis paralítica por poliovirus salvajes en agosto de 2017, el primero en la zona metropolitana de Karachi desde enero de 2016. Tanto el Afganistán como el Pakistán han ajustado y perfeccionado sus planes nacionales de acción de emergencia para la erradicación de la poliomielitis, para lo cual se han basado en las enseñanzas aprendidas y se han centrado en mejorar las ope-

raciones programáticas durante la estación de transmisión baja (de octubre a mayo). Los planes nacionales de acción de emergencia actualizados hacen especial hincapié en el bloque de Quetta, Karachi e Islamabad-Rawalpindi en el Pakistán, y en las regiones meridional y oriental del Afganistán. Llegar a los grupos de población móviles de alto riesgo y vacunarlos sistemáticamente es esencial para que el Afganistán y el Pakistán interrumpan la transmisión en los próximos meses. Otro factor crítico para el éxito es mantener un liderazgo eficaz y continuado en todos los niveles en ambos países, en particular durante el próximo periodo electoral nacional en el Pakistán.

Transmisión de poliovirus circulantes de origen vacunal

6. En 2017 otros dos países se vieron afectados por brotes de poliovirus circulantes de origen vacunal (de tipo 2): la República Árabe Siria y la República Democrática del Congo, donde se han notificado 74 casos y 17 casos, respectivamente. El monitoreo y la respuesta a la transmisión de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 siguen siendo una prioridad estratégica mundial, tras la retirada coordinada a nivel mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en abril de 2016 mediante la sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (que contenía los tres serotipos de poliovirus) por la bivalente (que contiene los tipos 1 y 3). Se dispone de protocolos internacionalmente acordados de respuesta a brotes que orientan a los países y el programa para responder rápidamente a las cepas de poliovirus vacunales de tipo 2 en la era posterior a la sustitución, por ejemplo mediante el mantenimiento de una reserva mundial de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2. Actualmente se está preparando una respuesta en ambos países para detener rápidamente esos brotes. En la República Árabe Siria se están utilizando las mismas estrategias de respuesta con las que se logró detener un brote de poliomieltitis por poliovirus salvaje de tipo 1 en 2013-2014, en la misma zona del país. En una campaña de vacunación inicial llevada a cabo agosto de 2017 se vacunó a más de 350 000 niños en las prefecturas de Deir Ez-Zor y Raqqa. La fase dos de la respuesta se inició en enero de 2018. En la República Democrática del Congo, sigue aplicándose la respuesta al brote en las provincias afectadas y de alto riesgo con la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 y en consonancia con los protocolos internacionalmente acordados de respuesta a brotes. El objetivo es llegar a niños que previamente habían quedado sin vacunar, en especial los que viven en zonas infectadas conocidas. Estos brotes ponen de relieve el riesgo permanente que representan los déficits de inmunidad en cualquier parte del mundo. En zonas con niveles adecuados de inmunidad, la vigilancia de los poliovirus vacunales de tipo 2 de cualquier origen revela una disminución rápida y constante de la persistencia de dichas cepas.

Emergencia de salud pública de importancia internacional

7. La declaración en 2014 de la propagación internacional de poliovirus salvajes como emergencia de salud pública de importancia internacional y las recomendaciones temporales promulgadas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) siguen vigentes. Todos los países actualmente afectados por la circulación de poliovirus salvajes o de origen vacunal han declarado esos eventos como emergencias nacionales de salud pública y están poniendo en marcha planes nacionales de acción de emergencia.

RETIRADA ESCALONADA DE LAS VACUNAS ANTIPOLIOMIELÍTICAS ORALES

8. La sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente se llevó a cabo entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016 en 155 países y territorios, y está previsto que reporte importantes beneficios para la salud pública. Casi el 40% de todos los casos de poliomieltitis parálitica de origen vacunal (unos 200 casos al año) y el 90% de los brotes de poliovirus vacunales circulantes en

los últimos 10 años estuvieron asociados al componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente. Este tipo de casos no deberían volver a producirse. Se siguen realizando esfuerzos para: vigilar cualquier emergencia provocada por poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 (como evidencian los recientes brotes en la República Árabe Siria y la República Democrática del Congo); mantener una sólida capacidad de respuesta a brotes con la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2; y velar por que no se sigan utilizando en ninguna parte del mundo las vacunas antipoliomielíticas orales trivalentes residuales.

9. Para preparar el paso a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, todos los países se comprometieron a introducir en sus programas de inmunización sistemática al menos una dosis de la vacuna con poliovirus inactivados. Las limitaciones en el suministro mundial causadas por las dificultades técnicas que tuvieron los fabricantes para aumentar la producción provocaron que un total de 35 países sufrieran retrasos en el suministro. Según las previsiones de los fabricantes, todos los países que han experimentado retrasos deberían recibir la vacuna en el primer semestre de 2018. Durante este periodo de escasez, el suministro disponible se asignó prioritariamente a la inmunización sistemática en los países con mayor riesgo de brotes de poliovirus vacunal de tipo 2. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltitis sigue estudiando con los Estados Miembros y las oficinas regionales de la OMS si es viable adoptar estrategias de ahorro de dosis, como la administración intradérmica de dosis parciales de la vacuna con poliovirus inactivados, tal como recomienda el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización. Varios Estados Miembros ya han adoptado este enfoque, en particular Bangladesh, la India y Sri Lanka, y varios países de la Región de las Américas están en vías de adoptarlo. El enfoque contribuye a garantizar que estos países dispongan de cantidades suficientes de vacunas con poliovirus inactivados para vacunar de forma continuada a sus respectivas cohortes de nacimiento.

CONFINAMIENTO DE POLIOVIRUS

10. En 2016 y 2017 se avanzó de manera progresiva en el confinamiento de los poliovirus de tipo 2, con arreglo al Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de tipos específicos de poliovirus salvajes y el cese secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral (GAPIII).¹ Se están ultimando las orientaciones para que las instalaciones en las que no se confinen poliovirus minimicen el riesgo de albergar muestras potencialmente infectadas con poliovirus, con el fin de facilitar las últimas fases de la identificación, destrucción y transferencia de los poliovirus restantes de tipo 2 a instalaciones esenciales certificadas para el confinamiento de poliovirus o su mantenimiento en estas últimas instalaciones. La Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomieltitis ha aceptado la responsabilidad de supervisar el confinamiento a nivel mundial, con arreglo al Programa de Certificación del Confinamiento puesto en marcha en apoyo del Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus.² Se ha creado un grupo de asesoramiento sobre la contención para abordar las cuestiones técnicas relacionadas con el GAPIII, y se han formulado algunas enmiendas al GAPIII. La Secretaría está apoyando el fortalecimiento de la capacidad técnica de las autoridades nacionales en materia de confinamiento mediante la impartición de formación a los auditores acerca del GAPIII y del Programa de Certificación del Confinamiento.

¹ WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of oral polio vaccine use (GAPIII). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/GAPIII_2014.pdf), consultado el 1 de marzo de 2018.

² Programa de certificación del confinamiento destinado a prestar apoyo al Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/CCS_19022017-EN.pdf), consultado el 17 de octubre de 2017.

11. A enero de 2018, 174 países y territorios habían notificado que ya no tenían poliovirus salvajes o vacunales de tipo 2, mientras que 28 habían señalado que tenían previsto conservar poliovirus de tipo 2 en 91 instalaciones esenciales para el confinamiento de poliovirus, y dos estaban formulando sus informes. Tras la interrupción de la transmisión se tendrán que repetir los inventarios de materiales que contienen poliovirus de tipo 2 en todos los países que estuvieron afectados por brotes de poliovirus vacunales circulantes de tipo 2. De los 28 países que tienen previsto conservar poliovirus de tipo 2, 18 han realizado progresos significativos con el establecimiento de autoridades nacionales de confinamiento y se están preparando para certificar que las instalaciones esenciales para el confinamiento de poliovirus que han designado cumplen los requisitos establecidos al respecto en el GAPIII.

12. Pese al interés y los esfuerzos crecientes demostrados por todas las partes interesadas, la aceleración de la aplicación del confinamiento de poliovirus requiere un sólido compromiso de todos los Estados Miembros, de modo que se pueda certificar y mantener la erradicación de los poliovirus. La plena aplicación de la resolución WHA68.3 (2015) sobre la poliomiелitis permitirá obtener todos los beneficios humanitarios, sanitarios y económicos asociados a la erradicación mundial de la poliomiелitis: ninguna cepa de poliovirus provocará nunca más que un niño sufra parálisis crónica, y el mundo en general y los países en desarrollo en particular ahorrarán US\$ 50 000 millones, que se podrán utilizar para atender otras necesidades de salud pública urgentes.

13. Habida cuenta de que los niveles de transmisión de poliovirus son los más bajos de la historia y que la viabilidad de la erradicación a corto plazo es una expectativa realista, es necesario que todas las partes intensifiquen urgentemente las actividades de confinamiento. Se requiere la aceleración de actividades y esfuerzos para garantizar la aplicación plena y rápida de los más estrictos requisitos de confinamiento con objeto de velar por que el mantenimiento de un mundo sin poliomiелitis no se vea menoscabado por fallos en el confinamiento. Por tanto, la Secretaría propone a la Asamblea de la Salud para su consideración una resolución en la que se pide consenso internacional sobre el confinamiento (véase el documento A71/26 Add.1).

FINANCIACIÓN DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

14. Gracias al generoso apoyo continuado de la comunidad internacional para el desarrollo, en particular los Estados Miembros (incluidos aquellos en los que el poliovirus sigue siendo endémico y los que donan fondos a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiелitis), las organizaciones multilaterales y bilaterales, los bancos de desarrollo, las fundaciones y la Asociación Rotaria Internacional, el presupuesto para las actividades previstas en 2017 se financió completamente. En la Convención de la Asociación Rotaria Internacional más reciente (Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América), 10-14 de junio de 2017), numerosos asociados de los sectores público y privado de todo el mundo anunciaron, junto a la Asociación Rotaria Internacional, promesas históricas de nuevos fondos, lo que elevó la cantidad total prometida a US\$ 1200 millones, que se acercan al presupuesto adicional de US\$ 1500 millones validado por el Consejo de Supervisión de la Poliomiелitis. Desde la publicación de una versión anterior del presente informe, la comunidad mundial se ha comprometido a aportar fondos adicionales, incluidos los siguientes: € 21,9 millones de Alemania, Fr.s. 45 000 de Liechtenstein y US\$ 7,06 millones del Japón. Se alienta encarecidamente a los Estados Miembros a que formalicen sus promesas y compromisos de aportación de fondos lo antes posible y a que continúen haciendo todo lo posible por dar flexibilidad a sus asignaciones a fin de garantizar el funcionamiento ininterrumpido de los programas. Para velar por el logro y el mantenimiento de un mundo sin poliomiелitis de la forma más costoeficaz posible, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiелitis seguirá perfeccionando su presupuesto multianual basándose en los avances epidemiológicos, mientras siguen los esfuerzos por movilizar fondos adicionales, tratando especialmente de asegurar recursos flexibles y recursos destinados a deficiencias específicas.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

15. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe y a que examine el proyecto de resolución que figura en el documento A71/26 Add.1.

= = =