

Poliomielitis

Erradicación

Informe del Director General

1. De conformidad con la resolución WHA71.16 (2018), el presente informe ofrece información actualizada sobre el estado de los cuatro objetivos del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 (Plan estratégico para la fase final).¹ El informe reseña los retos programáticos, epidemiológicos y financieros que se plantean para lograr un mundo exento de poliomielitis. Las estrategias descritas en el Plan estratégico para la fase final han llevado al mundo al borde de ese logro y han sentado las bases para mantener un mundo definitivamente exento de poliomielitis.

2. Teniendo en cuenta que la circulación del poliovirus salvaje aún no se ha interrumpido, es necesario determinar si las estrategias del Plan estratégico para la fase final se deben adaptar más allá de 2018 con el fin de llevar al mundo hacia la certificación. Esta evolución se produce gracias al desarrollo de una estrategia para el periodo 2019-2023. Esa estrategia pondrá de relieve las actividades que se deberán realizar y las que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis deberá emprender de manera diferente para certificar la erradicación de la poliomielitis, especialmente en el contexto de las recientes detecciones de poliovirus circulantes de origen vacunal. La amplia participación de las partes interesadas será crucial para el desarrollo de la estrategia. Las actividades relativas a la estrategia comenzaron a fines de 2018 y continuarán a principios de 2019. Por recomendación de la Junta de Seguimiento Independiente de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, y con el fin de contribuir a la elaboración de ese plan ampliado, en el tercer trimestre de 2018 se realizará una evaluación independiente de las estrategias de erradicación en zonas que siguen siendo endémicas. En algunas zonas es preciso erradicar el poliovirus salvaje tan pronto como sea posible, tanto para prevenir la reaparición de esas cepas en todo el mundo, como para permitir la pronta suspensión del uso de la vacuna antipoliomielítica oral y, de ese modo, evitar riesgos de brotes de poliovirus circulantes de origen vacunal a largo plazo (véanse los párrafos 3 a 12). En consecuencia, el proyecto de estrategia se ultimarán a principios de 2019, tras un proceso consultivo, y se presentará a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del mismo año. Una vez certificada la erradicación de la poliomielitis, la estrategia posterior a la certificación, de la que la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota en mayo de 2018,² señalará al mundo las actividades y las funciones que se deberán mantener para preservar un

¹ Si bien la elaboración del Plan estratégico para la fase final abarcaba el periodo 2013-2018, el Plan se amplió oficialmente hasta 2019 a raíz de un examen de mitad de periodo realizado en 2015 por el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (véase el documento EB138/25).

² Véanse las actas resumidas de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, Comisión B, cuarta sesión, sección 3; quinta sesión, sección 1; y sexta sesión, sección 3.

mundo exento de poliomielitis. La Secretaría seguirá informando anualmente a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, según proceda, sobre los progresos que se realicen hasta que se haya certificado la erradicación mundial de la poliomielitis.

ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS – UNA DOBLE EMERGENCIA RELACIONADA CON EL POLIOVIRUS SALVAJE Y EL POLIOVIRUS DE ORIGEN VACUNAL EN ALGUNAS ZONAS

Transmisión de poliovirus salvaje

3. Prosiguen las actividades dirigidas a erradicar todas las cepas de poliovirus que aún circulan. El último caso de poliomielitis por poliovirus tipo 2 se notificó en 1999, mientras que la erradicación del poliovirus tipo 2 se certificó oficialmente 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 poliomielitis por esa cepa se notificó en el Estado de Yobe (Nigeria). Desde entonces, todos los casos de poliomielitis parálitica por poliovirus salvaje se debieron al poliovirus salvaje de tipo 1, que sigue circulando en tres países en los que la enfermedad es endémica: el Afganistán, Nigeria y el Pakistán.

4. En Nigeria no se ha confirmado ningún nuevo caso de poliomielitis por poliovirus salvaje de tipo 1 desde la detección de algunos casos en el estado de Borno, en agosto de 2016, y la detección del virus en un niño sano, en septiembre de 2016. No obstante, a raíz de las constantes deficiencias de vigilancia en zonas de alto riesgo de poliomielitis y zonas inaccesibles, no se puede descartar la circulación desapercibida y constante de esa cepa. El Gobierno de Nigeria sigue dando una respuesta contundente al brote, en estrecha colaboración con países vecinos de la zona del lago Chad, y en el marco de la emergencia humanitaria general que afecta a esa zona. Los principales problemas siguen siendo la falta de acceso y la incapacidad para realizar campañas de vacunación y vigilancia eficaces en muchas zonas del estado de Borno. Un objetivo crucial consiste en evitar que el brote se propague a otras zonas de la subregión. Para ello se están adoptando medidas adicionales destinadas a aumentar la sensibilidad de los mecanismos de vigilancia y mejorar los niveles de inmunidad, en particular mediante la ampliación de la vigilancia ambiental; el examen de personas sanas (incluso adultos) que salen de zonas inaccesibles; el establecimiento de puestos de vacunación permanentes en los principales puntos de ingreso a zonas inaccesibles, a fin de vacunar a los niños y las personas mayores; y realizar rápidamente campañas de inmunización de barrido cuando surjan oportunidades o se pueda acceder a las zonas en cuestión.

5. El Afganistán y el Pakistán se siguen considerando como un único bloque epidemiológico. En 2018 se notificaron cuatro casos de poliomielitis parálitica por poliovirus salvaje de tipo 1 en el Pakistán (hasta el final de septiembre de 2018), en comparación con los cinco casos notificados en el mismo periodo de 2017; en el Afganistán se habían notificado 15 casos, en comparación con los seis casos notificados en 2017. En el Afganistán, el número de casos notificados aumentó respecto del año anterior, debido a grupos de niños que no se han vacunado durante las actividades suplementarias de inmunización realizadas en zonas de alto riesgo de las regiones meridional y oriental. Ambos países siguen coordinando sus actividades de gestión de la información y vigilancia. Aunque los grupos independientes de asistencia técnica destacan que es posible interrumpir rápidamente la transmisión de las cepas de poliovirus aún circulantes, el logro de ese objetivo depende de que se pueda llegar a todos los niños que no se han vacunado e identificar y erradicar todos los reservorios de transmisión que aún queden. Para erradicar la poliomielitis en el Pakistán será crucial el firme compromiso de alto nivel de las autoridades recientemente elegidas. En ambos países, la vigilancia ambiental confirma el riesgo de que la actual transmisión del virus se propague a zonas exentas de poliomielitis, a partir de zonas en las que persisten reservorios y que albergan a comunidades a las que es extremadamente difícil acceder. Las actividades en los dos países se centran en identificar claramente a los niños no vacunados,

determinar los motivos por los que no se han vacunado y establecer planes operacionales para superar esos retos. En particular, se sigue haciendo hincapié en llegar a los grupos de población móviles que se desplazan internamente en esos países y entre ellos. Las zonas en las que circulan poliovirus albergan a comunidades a las que es sumamente difícil acceder, y debido a ello, es frecuente que esas poblaciones no reciban el apoyo requerido para satisfacer sus necesidades básicas de salud. Una colaboración más sólida entre los programas humanitarios y de lucha contra la poliomielitis en esas zonas podría contribuir al logro de objetivos generales de desarrollo y, al mismo tiempo, mejorar el acceso y la aceptación general de la vacunación antipoliomielítica en esas comunidades. En la actualidad, la transmisión del virus se limita principalmente a dos corredores transfronterizos: el primero comunica la región oriental del Afganistán con Khyber Pakhtunkhwa y áreas tribales del Pakistán bajo administración federal, y el segundo comunica la región meridional del Afganistán (Kandahar y Hilmand) con el bloque de Quetta, provincia de Baluchistán, en el Pakistán, así como con Karachi (Pakistán). En 2018 siguió mejorando la coordinación del programa de erradicación de la poliomielitis en los ámbitos nacional, provincial y regional, así como entre los distritos aledaños a los corredores comunes de transmisión, gracias a campañas de vacunación centradas en las personas de poblaciones móviles de alto riesgo y de poblaciones fronterizas.

Transmisión de poliovirus circulantes de origen vacunal

6. El mundo está cerca de lograr la erradicación de la transmisión de poliovirus salvaje, pero la circulación de poliovirus de origen vacunal, si bien no es un fenómeno nuevo, sigue cobrando mayor importancia. Los insuficientes niveles de inmunización sistemática, combinados con deficiencias en la vigilancia a escala subnacional en países de alto riesgo, siguen siendo los principales factores de riesgo para la aparición o la persistencia de poliovirus circulantes de origen vacunal. Es preciso redoblar esfuerzos para afrontar ambos factores de riesgo. Sin embargo, el medio más seguro para prevenir la circulación de poliovirus de origen vacunal consiste en dejar de utilizar rápidamente la vacuna antipoliomielítica oral, algo que solo puede hacerse una vez que se consiga la erradicación de poliovirus salvaje. En sí misma, la erradicación del poliovirus salvaje enfrenta actualmente una doble emergencia. En 2018, brotes provocados por poliovirus circulantes de origen vacunal se originaron, o continuaron, en

la República Democrática del Congo, el Cuerno de África (donde el virus se detectó en Kenya y Somalia), el Níger, Nigeria, Papua Nueva Guinea y la República Árabe Siria.

7. En la República Democrática del Congo hay actualmente tres brotes diferentes de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2. Una cepa detectada y notificada inicialmente en junio de 2017 en la provincia de Haut-Lomami se propagó a fines de ese año y principios de 2018 a las provincias de Tanganyika y Haut-Katanga, respectivamente. En junio de 2018 se confirmó la presencia del mismo virus en la provincia de Ituri, cerca de la frontera con Uganda, lo que incrementó considerablemente el riesgo de propagación internacional del virus. La provincia de Maniema está afectada por otro brote, con dos casos confirmados en 2017 y el caso más reciente de parálisis detectado en un paciente el 18 de abril de 2017. Hasta el momento no se ha detectado ningún nuevo caso en 2018, ni hay evidencias de que el virus haya seguido propagándose. El tercer y más reciente brote detectado se localizó en la provincia de Mongala; se aisló poliovirus de origen vacunal de tipo 2 en un paciente con parálisis flácida aguda cuya parálisis se desencadenó el 26 de abril de 2018, y en dos personas sanas de la comunidad que tuvieron contacto con el primero. Las actividades de respuesta realizadas hasta la fecha para detener esos brotes no han logrado su objetivo; de hecho, uno de los brotes se ha extendido (tanto en lo que respecta al número de casos como al ámbito geográfico). Coincidentemente, un brote de la enfermedad por el virus del Ebola ha complicado más aún la respuesta, dado que las autoridades nacionales deben responder a varias emergencias de salud pública al mismo tiempo. En febrero de 2018, el Gobierno declaró los brotes de poliomielitis como una emergencia nacional de salud pública, con el fin de subsanar las falencias operacionales en la calidad de la respuesta al brote. Como reconocimiento de los riesgos asociados a esos brotes, el 26 de julio de 2018 los gobernadores provinciales adoptaron la

Declaración de Kinshasa para la erradicación de la poliomielitis y la promoción de la vacunación, en la que se comprometen a «aplicar medidas coordinadas en todos los niveles» para mejorar urgentemente la calidad de la respuesta a los brotes y detener la circulación de esos virus.

8. El Cuerno de África está afectado por brotes debidos a poliovirus circulantes de origen vacunal de los tipos 2 y 3. El poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2 se aisló de casos de parálisis flácida aguda, así como de muestras ambientales recogidas en Mogadiscio (Somalia) y Nairobi (Kenya). La secuenciación genética de esta cepa sugiere que ha estado circulando sin interrupción desde 2016, lo que pone de relieve los peligros que entrañan las deficiencias en los mecanismos de vigilancia subnacionales. Además de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2, se aislaron muestras de poliovirus circulantes de origen vacunal tipo 3 en pacientes con parálisis flácida aguda en Mogadiscio. Actualmente se llevan a cabo actividades de respuesta a brotes regionales para ambas cepas, en consonancia con directrices acordadas internacionalmente. Etiopía, Kenya y Somalia han declarado esos brotes como emergencias nacionales de salud pública.

9. En 2018 se confirmaron en Nigeria dos brotes separados debidos a poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2. En el estado de Sokoto se aislaron cuatro virus genéticamente relacionados, tomados de cuatro muestras ambientales recogidas entre el 24 de abril y el 9 de mayo de 2018; no se ha detectado ningún caso asociado de parálisis flácida aguda, dado que el virus fue aislado únicamente de muestras ambientales. Por otra parte, el país se ve afectado por un brote diferente en el estado de Jigawa. Un caso de parálisis flácida aguda (comienzo de la parálisis el 15 de abril de 2018) y tres muestras ambientales (recogidas entre el 10 de enero y el 20 de marzo de 2018) arrojaron resultados positivos para esta cepa de tipo 2. En las actividades de respuesta a brotes que se están desarrollando se utiliza una combinación de formulaciones vacunales, con miras a contrarrestar cepas de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 y prevenir la posible continuación de la circulación de poliovirus salvaje de tipo 1. En septiembre de 2018 se recibió confirmación de la propagación internacional de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 desde el epicentro, en Jigawa, hasta el Níger, e inmediatamente se iniciaron las actividades de respuesta a brotes.

10. Desde la confirmación de un brote en 2017 hasta el final de septiembre de 2018 no se ha detectado ningún nuevo caso de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 en la República Árabe Siria. Las actividades de respuesta a brotes prosiguen, e incluyen una mayor intensificación de la sensibilidad de los mecanismos de vigilancia en el ámbito subnacional.

11. En junio de 2018 se confirmó en Papua Nueva Guinea un brote de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 1, aislados inicialmente de un caso de parálisis flácida aguda y de dos personas sanas de la comunidad que tuvieron contacto con ese caso. El Gobierno declaró inmediatamente el brote como una emergencia nacional de salud pública y puso en marcha una respuesta integral de emergencia. Desde la confirmación inicial de la presencia del virus, en junio, se han confirmado otros casos en diversas zonas, lo que ha movido al Gobierno a ampliar la respuesta mediante campañas de ámbito nacional.

Emergencia de salud pública de importancia internacional

12. Sigue en vigor la declaración de 2014 sobre la propagación internacional de poliovirus salvaje como emergencia de salud pública de importancia internacional, así como las recomendaciones temporales promulgadas con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005). Todos los países actualmente afectados por la circulación de poliovirus de origen vacunal o poliovirus salvaje declararon esos eventos como emergencias nacionales de salud pública y ejecutaron planes de acción nacionales para emergencias. La declaración de la propagación internacional de poliovirus como emergencia de salud pública de importancia internacional está vigente desde hace cuatro años (un uso excepcional de la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional). A la luz de esto, el

Comité de Emergencias convocado con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005) pidió a la Secretaría de la OMS, en su reunión más reciente, celebrada en agosto de 2018, que analizara la posibilidad de establecer enfoques o instrumentos alternativos que permitieran alcanzar resultados iguales a los señalados en las recomendaciones temporales.¹

RETIRADA ESCALONADA DE LAS VACUNAS ANTIPOLIOMIELÍTICAS ORALES

13. A fin de neutralizar los riesgos a largo plazo planteados por los poliovirus de origen vacunal y la poliomielitis paralítica de origen vacunal, se están retirando de manera escalonada las vacunas antipoliomielíticas orales. En una primera fase, entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016, se pasó de la vacuna antipoliomielítica trivalente oral a la vacuna bivalente. Una vez que se hayan erradicado todos los focos de transmisión de poliovirus salvaje y el mundo se haya certificado como exento de poliomielitis se dejarán de utilizar completamente las vacunas antipoliomielíticas orales restantes. Hasta tanto haya cesado el uso de esas vacunas se alienta a los Estados Miembros a minimizar los riesgos y las consecuencias de posibles poliovirus de origen vacunal mediante una elevada cobertura de inmunización sistemática, la vigilancia de toda aparición de poliovirus circulantes de origen vacunal, y el mantenimiento de una sólida capacidad de respuesta a brotes.

14. A medida que empezaba a utilizarse la vacuna antipoliomielítica oral bivalente se iba restringiendo en todo el mundo el suministro de vacuna antipoliomielítica inactivada, debido a las dificultades técnicas que encontraban los fabricantes para aumentar la producción. Debido a esto, algunos países experimentaron demoras en el suministro. La situación a ese respecto ha mejorado en los últimos meses, y todos los países pueden acceder actualmente a suministros para sus programas de inmunización sistemática. La situación del suministro mundial mejoró más aún gracias a que los Estados Miembros están adoptando cada vez más estrategias de ahorro de dosis, entre ellas 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. Algunos Estados Miembros han adoptado este enfoque, por ejemplo, Bangladesh, Cuba, el Ecuador, la India, Nepal y Sri Lanka, y varios países de la Región de las Américas están en proceso de adopción de ese enfoque. En junio de 2018, la Alianza Gavi para las Vacunas se comprometió a prestar apoyo adicional para la utilización de la vacuna antipoliomielítica inactivada en los países prioritarios hasta 2021. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y sus asociados siguen examinando nuevos enfoques relativos a la vacuna antipoliomielítica inactivada, a fin de asegurar un suministro asequible y sostenible después de la certificación, por ejemplo, mediante el uso de vacunas fabricadas con poliovirus inactivados de la cepa Sabin o materiales no infecciosos, entre ellos partículas similares a virus.

CONFINAMIENTO DE POLIOVIRUS

15. Los esfuerzos para confinar el poliovirus de tipo 2 se realizaron progresivamente en 2016 y 2017 y se intensificaron en 2018, en consonancia con el Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones que manejan poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral (GAPIII).² La OMS publicó orientación dirigida a minimizar los riesgos en las instalaciones

¹ Véase, Statement of the Eighteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus (<http://www.who.int/news-room/detail/15-08-2018-statement-of-the-eighteenth-ih-er-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus>), consultado el 23 de octubre de 2018.

² Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral – GAPIII. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/249577>), consultado el 3 de octubre de 2018.

que recogen, manipulan o almacenan material potencialmente infectado con poliovirus, a fin de ayudar a las instalaciones a evaluar el riesgo de ese material en su poder y aplicar las medidas de reducción de riesgos apropiadas, con arreglo al GAPIII. En mayo de 2018 la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA71.16, en la que instaba a los Estados Miembros a intensificar los esfuerzos destinados a acelerar los progresos hacia la certificación del confinamiento de los poliovirus según se especifica en las prescripciones nacionales y en el Plan de acción mundial de la OMS. La resolución incluye medidas recomendadas a todos los Estados Miembros, y medidas propuestas específicamente a los Estados Miembros que planean retener poliovirus para funciones cruciales en instalaciones esenciales de confinamiento, y pide el apoyo técnico del Director General. Se insta a los Estados Miembros a que completen los inventarios de poliovirus de tipo 2, destruyan los materiales de tipo 2 innecesarios e inicien los inventarios y destrucción de materiales de tipo 1 y 3 innecesarios de acuerdo con la orientación de la OMS; reduzcan al mínimo el número de instalaciones designadas para la retención de poliovirus y designen una autoridad nacional de confinamiento lo antes posible, y a más tardar a finales de 2018; y pidan a las instalaciones designadas para retener poliovirus de tipo 2 que participen oficialmente en el Programa de Certificación del Confinamiento del GAPIII para el final de 2019. La Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, encargada de la supervisión mundial del confinamiento, ha refrendado un primer certificado de participación en el Programa de Certificación del Confinamiento, que confirma la intención de un fabricante de vacunas con sede en Suecia, de obtener la certificación para aplicar el GAPIII. Se espera que todas las demás instalaciones esenciales para poliovirus designadas asuman compromisos similares. El Grupo Consultivo sobre Confinamiento, establecido para abordar cuestiones técnicas relativas al GAPIII, recomendó algunos cambios en los requisitos que se habían publicado y que se deberían interpretar conjuntamente con el documento básico del GAPIII. La Secretaría continúa prestando apoyo para fortalecer las capacidades técnicas de las autoridades nacionales competentes en materia de confinamiento mediante la capacitación de auditores de la aplicación del GAPIII y el Programa de Certificación del Confinamiento.

16. En agosto de 2018 todos los países y territorios que notificaron que ya no tenían poliovirus salvajes o vacunales de tipo 2 estaban actualizando sus inventarios conforme a la orientación de la Asamblea de la Salud. En total, los gobiernos de 29 países han designado oficialmente 81 instalaciones esenciales para el confinamiento de poliovirus, a fin de retener materiales con poliovirus de tipo 2. 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 hubiesen estado afectados por brotes de poliovirus vacunales circulantes de tipo 2. De los 29 países que planean retener poliovirus de tipo 2, 20 han realizado importantes progresos con el establecimiento de autoridades nacionales para el confinamiento, y están preparando la certificación de sus instalaciones esenciales designadas para el confinamiento de poliovirus con arreglo a los requisitos de confinamiento descritos en el GAPIII.

17. Teniendo en cuenta que los actuales niveles de transmisión de poliovirus son los más bajos de la historia, y que la posibilidad de su erradicación a corto plazo es una expectativa realista, todas las partes deberían intensificar urgentemente las actividades de confinamiento. La petición formulada por Asamblea de la Salud en la resolución WHA71.16 (2018) para acelerar la aplicación de las medidas de confinamiento de poliovirus ha concitado el firme compromiso de todos los Estados Miembros, de modo que la certificación de la erradicación del poliovirus se puede lograr y mantener.

FINANCIACIÓN DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

18. El presupuesto de las actividades planeadas para 2017 se financió en su totalidad gracias al generoso constante apoyo prestado por entidades internacionales de desarrollo, en particular los Estados Miembros (tanto aquellos en los que el poliovirus sigue siendo endémico como los donantes de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis), las organizaciones multilaterales y bilaterales, los bancos de desarrollo, las fundaciones y la Asociación Rotaria Internacional. En la Convención de

la Asociación Rotaria Internacional de 2017, celebrada en Atlanta (Georgia, Estados Unidos) del 10 al 14 de junio, numerosos asociados de los sectores público y privado de todo el mundo anunciaron, junto a la Asociación Rotaria Internacional, promesas históricas de nuevos fondos, que se siguen cumpliendo. En 2018, los dirigentes del G7, los países de la Commonwealth y del G20 prometieron, en sus respectivas cumbres, seguir respaldando los esfuerzos. Se alienta vivamente a los Estados Miembros a cumplir sus promesas y compromisos a la mayor brevedad posible y a redoblar esfuerzos para dar flexibilidad a sus aportaciones, con el fin de asegurar la ejecución ininterrumpida de las actividades del programa. Con miras a velar por la transparencia y la eficacia en relación con los costos, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis evalúa continuamente sus necesidades de recursos financieros a la luz de la evolución de los acontecimientos programáticos y epidemiológicos. Recientemente, en su reunión de septiembre de 2018, el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis adoptó nuevas hipótesis de financiación.¹ La clave para lograr y mantener un mundo exento de poliovirus salvaje y de origen vacunal será la rápida movilización de todos los recursos financieros necesarios.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

19. Se invita al Consejo a que tome nota del informe. En particular, el Consejo tal vez desee centrar sus deliberaciones en la importancia de asegurar que la estrategia para el periodo 2019-2023 se financie plenamente y se aplique en todos los niveles, a fin de lograr la certificación de un mundo exento de todos los poliovirus de manera perdurable.

= = =

¹ Resumen disponible en <http://www.polioeradication.org/financing/> (consultado el 3 de octubre de 2018).