

Poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. En el momento de redactar el presente informe (noviembre de 2015) seguían registrándose notables progresos hacia la consecución de los cuatro objetivos del Plan estratégico para la erradicación de la poliomiélitis y la fase final 2013-2018 (el Plan estratégico para la fase final). El Afganistán y el Pakistán son ya los únicos países donde la poliomiélitis es aún endémica, y la transmisión de poliovirus salvajes ha alcanzado mínimos históricos, tanto en el número de casos notificados como en el de países afectados. En la resolución WHA68.3, sobre la poliomiélitis, adoptada en mayo de 2015, la Asamblea de la Salud reconoció los progresos realizados hacia la interrupción de la transmisión y la retirada escalonada de las vacunas antipoliomielíticas orales e instó a los Estados Miembros a que financiaran plenamente y aplicaran el Plan estratégico para la fase final.

2. Sigue en vigor la declaración de la propagación internacional de poliovirus salvajes como emergencia de salud pública de importancia internacional, así como las recomendaciones temporales formuladas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). En septiembre de 2015, el Consejo de Supervisión de la Poliomiélitis de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis examinó los progresos realizados y llegó a la conclusión de que es más probable que la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes se logre en 2016 que en 2015. Ese aplazamiento retrasa a 2019 la fecha límite de certificación de la erradicación mundial de la poliomiélitis y aumenta en US\$ 1500 millones el costo de completar la erradicación. En octubre de 2015, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS confirmó su recomendación de que las vacunas antipoliomielíticas orales que contienen el componente de tipo 2 fueran retiradas durante el periodo comprendido entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016 en todos los países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral trivalente, sustituyéndolas por la vacuna antipoliomielítica oral bivalente en una operación coordinada a escala mundial. Asimismo, el Grupo reafirmó que en los preparativos para esa operación mundial es fundamental que los países cumplan los plazos fijados para señalar las instalaciones que albergan poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, destruyan la totalidad de los materiales relacionados con los poliovirus de tipo 2 y, únicamente en caso necesario, confinen apropiadamente los poliovirus de tipo 2 en instalaciones esenciales para poliovirus.

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS SALVAJES

3. A 20 de octubre de 2015 se habían notificado desde el principio del año a escala mundial 51 casos de poliomiélitis parálitica por poliovirus salvajes; en el mismo periodo de 2014 se habían registrado 246 casos. Todos los casos se habían notificado en el Afganistán y el Pakistán, y se debían a poliovirus de tipo 1. El 20 de septiembre de 2015, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis declaró erradicado a escala mundial el poliovirus salvaje de tipo 2. Desde noviembre de 2012 no se ha detectado en ningún lugar del mundo el poliovirus de tipo 3.

Países endémicos – Afganistán y Pakistán

4. En el Pakistán, a 20 de octubre se habían notificado 38 casos en 2015, cuando en ese mismo periodo de 2014 hubo 209 casos. En el Afganistán se notificaron 13 casos, por 12 casos en el mismo periodo de 2014. En el Pakistán y el Afganistán, la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes depende de que se subsanen las deficiencias crónicas en la aplicación de las estrategias de respuesta y se pueda vacunar a los niños de las zonas infectadas a las que ha sido difícil acceder por causa de la inseguridad.

5. En el Pakistán, el despacho del Primer Ministro supervisa directamente un plan de emergencia nacional contra la poliomielitis. Los centros de operaciones de emergencia de ámbito federal y provincial aseguran un control casi en tiempo real de las actividades y la aplicación de medidas correctivas y mejoran la rendición de cuentas y el sentimiento de implicación en todos los niveles. Más importante aún, el plan nacional se centra en la localización de los niños que de forma crónica quedan excluidos de las actividades, y en las razones de esa exclusión, y en la aplicación de planteamientos adaptados a las distintas zonas para corregir esos problemas. Como resultado de ello, se están desarrollando innovaciones y se están corrigiendo las carencias operacionales del programa, a la vez que sigue mejorando el acceso a zonas antes inaccesibles. Aun así, en 2015 el Pakistán registró el 80% del total mundial de casos por poliovirus salvajes. La cobertura de vacunación sigue presentando deficiencias en los lugares siguientes: Peshawar, en Khyber Pakhtunkhwa; Khyber Agency, Waziristán septentrional y Waziristán meridional, en las áreas tribales bajo administración federal; Karachi y Sindh septentrional; y zonas del Baluchistán.

6. En el Afganistán los niños escapan a las actividades por encontrarse en lugares inaccesibles o por deficiencias operacionales en las zonas accesibles. La suspensión temporal de las actividades de vacunación por los dirigentes locales de algunas zonas de la región del sur se resolvió haciendo hincapié en la importancia de que se mantuviera la neutralidad de las actividades de salud pública. Aunque se ha establecido un plan de emergencia nacional, su aplicación es incompleta. Es necesario robustecer la coordinación mejorando el funcionamiento de los centros de operaciones de emergencia, para que el monitoreo, la adopción oportuna de medidas correctoras y la rendición de cuentas hagan posible el acceso a los niños que persistentemente quedan excluidos de las actividades.

Países de endemidad reciente – Nigeria

7. En Nigeria no se ha registrado ningún caso por poliovirus salvaje de tipo 1 desde el 24 de julio de 2014; en consecuencia, el 25 de septiembre de 2015 se suprimió oficialmente a Nigeria de la lista de países de endemidad.

Propagación internacional de poliovirus salvajes

8. En 2015 siguieron registrándose episodios de propagación internacional de poliovirus, y tanto el Afganistán como el Pakistán exportaron virus por sus fronteras. Para reducir al mínimo el riesgo y las consecuencias de que se produzcan nuevas propagaciones internacionales de poliovirus es necesario lo siguiente: aplicar plenamente las estrategias de erradicación en las zonas infectadas restantes; aplicar integralmente las recomendaciones temporales formuladas por la Directora General con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005); y reforzar la vigilancia a escala mundial para facilitar una respuesta rápida a los nuevos casos. En su reunión del 10 de noviembre de 2015, el Comité de Emergencias del RSI observó con preocupación los brotes pandémicos en curso causados por poliovirus de tipos 1 y 2 de origen vacunal y la emergencia de esas cepas en tres regiones de la OMS en 2015, en particular en la presente etapa del Plan estratégico para la fase final. El Comité recomendó que las

recomendaciones temporales se ampliaran a los países afectados por los brotes (anteriormente, las recomendaciones se ceñían a los países afectados por los poliovirus salvajes).

Poliovirus circulantes de tipo 1 de origen vacunal

9. En 2015 se notificaron en Madagascar nueve casos nuevos de un poliovirus circulante de tipo 1 de origen vacunal emparentado genéticamente con los aislados de la misma cepa detectados por primera vez en 2014. En Ucrania se notificaron dos casos, con aparición de parálisis el 30 de junio y el 7 de julio de 2015. En la República Democrática Popular Lao se notificaron dos casos en octubre de 2015, con aparición de parálisis el 7 de septiembre y el 7 de octubre de 2015. En Madagascar se siguen intensificando las actividades nacionales para detener la prolongada circulación. En la República Democrática Popular Lao se puso en marcha una respuesta integral inmediatamente después de que se confirmara el primer caso notificado de un brote. En Ucrania empezó la respuesta a un brote el 21 de octubre de 2015, con un retraso de varias semanas.

Poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal

10. Es esencial que todos los brotes de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal (cVDPV2) se detengan antes de la retirada programada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral, en abril de 2016. En Nigeria se notificó un caso de enfermedad por cVDPV2, con aparición de parálisis el 16 de mayo de 2015, relacionado con una cepa aislada por primera vez en agosto de 2014 a partir de muestras ambientales. En Guinea se detectó un caso causado por cVDPV2, con aparición de parálisis el 20 de julio de 2015, relacionado con una cepa detectada por última vez en el país en agosto de 2014. En Nigeria, la respuesta a los brotes forma parte del plan de emergencia nacional, que supervisa el despacho del Presidente. En Guinea y las zonas fronterizas de Malí, la respuesta al brote comenzó dentro de las dos semanas siguientes a su confirmación. Una cepa aislada de un caso con inicio de parálisis en abril de 2015 detectado en Sudán del Sur se considera una cepa circulante (cVDPV2), lo que entraña un riesgo de propagación por las zonas afectadas por conflictos. Se han emprendido actividades de respuesta y la cepa no se ha detectado desde abril. Solo se registran apariciones de poliovirus de origen vacunal cuando la cobertura de inmunización sistemática es baja, lo que pone de relieve la importancia de que se refuercen los sistemas de ese tipo de inmunización.

11. En la primera mitad de 2015, en estrecha consulta con las partes interesadas, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiелitis llevó a cabo un examen de mitad de periodo de los progresos realizados en la aplicación del Plan estratégico para la fase final. Si bien se llegó a la conclusión de que se habían establecido los elementos esenciales para lograr la erradicación de la poliomiелitis, se constataron deficiencias que obligaban a replantear las prioridades, en particular para corregir los fallos de la vigilancia, incluir a los niños que habían quedado excluidos y mejorar la preparación y respuesta a los brotes epidémicos en las zonas de alto riesgo. Se está elaborando un plan integral para poner en marcha las recomendaciones del examen de mitad de periodo.

RETIRADA DEL COMPONENTE DE TIPO 2 DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL

12. El 20 de septiembre de 2015, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiелitis declaró erradicado a escala mundial el poliovirus salvaje de tipo 2, cuyo último caso detectado databa de 1999. El 20 de octubre de 2015, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización examinó la situación respecto de los poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, y los progresos realizados hacia la preparación mundial para la retirada coordinada y escalonada de las vacunas antipoliomielíticas orales, y confirmó que la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral de

tipo 2, con sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente (de los tipos 1 y 3), debía producirse entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016 en todos los países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral trivalente.

Suministro mundial de vacunas en preparación de la sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente

13. Para preparar el paso a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, todos los países se han comprometido a introducir la vacuna con poliovirus inactivado en los programas de inmunización sistemática. El grado de compromiso de los países para alcanzar ese objetivo ha sido excepcional. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización tomó nota de la disminución del suministro de vacuna con poliovirus inactivados debido a las dificultades técnicas con que han tropezado los fabricantes para multiplicar la producción. El Grupo aconsejó que se diera prioridad al uso de vacunas con poliovirus inactivado, garantizando su introducción antes del cambio en los países de los niveles 1 y 2, de alto riesgo; manteniendo reservas de vacuna con poliovirus inactivado y de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 para la respuesta a los brotes de poliovirus de tipo 2 después de la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; y reduciendo al mínimo el retraso en el suministro de vacuna con poliovirus inactivado y el número de países afectados. Los países afectados por el retraso son de los niveles 3 y 4, de menos riesgo. Dado que en esos países la inmunidad frente a los poliovirus de tipo 2 es alta (porque su cobertura de inmunización sistemática ha sido regularmente alta), el riesgo de que aparezcan y se propaguen poliovirus de tipo 2 de origen vacunal es mínimo. Se prevé que todos los países dispondrán de suministros de vacuna con poliovirus inactivado alrededor de tres meses antes del cambio. Cuando se disponga de un suministro suficiente se recuperarán los retrasos de vacunación.

14. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización reiteró su postura de que había que crear y mantener una reserva de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 para facilitar la respuesta a los brotes, en caso necesario. La Asamblea de la Salud, en su resolución WHA68.3, aprobó un planteamiento relativo a la gestión y distribución de esa reserva. El UNICEF y la OMS han contratado a dos fabricantes de vacuna, que han creado una reserva mundial a granel suficiente para hasta 500 millones de dosis. Antes de abril de 2016 se dispondrá de 50 millones de dosis en viales listos para su uso inmediato. Continúan los preparativos para garantizar la disponibilidad de vacuna antipoliomielítica oral bivalente para su uso en los programas de inmunización sistemática de todos los países a tiempo para el cambio de abril de 2016.

Refuerzo de la inmunización sistemática

15. El Programa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis inició un programa de trabajo conjunto con la Alianza GAVI y otros asociados para proporcionar importantes recursos a las actividades de fortalecimiento de la inmunización sistemática en diez países prioritarios. Seis de los países —Chad, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo— han elaborado planes nacionales anuales de inmunización que aprovechan el patrimonio de la lucha contra la poliomielitis para ampliar los objetivos de inmunización, lo que en algunas zonas ha propiciado una reducción del número de niños sin inmunizar de hasta el 22%, en 2014 respecto de 2013.¹ En esos países, el personal de las actividades antipoliomielíticas dedica hasta el 50% del tiempo a actividades de inmunización ampliadas y asuntos de salud pública.

¹ El informe semestral de situación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, de enero a junio de 2015, está disponible en www.polioeradication.org (consultado el 26 de noviembre de 2015).

CONTENCIÓN

16. En 2015, de conformidad con la resolución WHA68.3, la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis y el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización instaron a acelerar la aplicación del plan de acción mundial de la OMS para reducir al mínimo el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión del uso de vacuna antipoliomielítica oral (PAM III). En concreto, todos los Estados Miembros deberían ultimar la fase I (preparación para la contención de poliovirus de tipo 2), que prevé el establecimiento de un inventario de instalaciones que albergan poliovirus, la destrucción de todos los materiales relacionados con poliovirus salvajes no más tarde del final de 2015 y la destrucción de todos los materiales relacionados con poliovirus Sabin de tipo 2 no más tarde de julio de 2016. Todo material relacionado con poliovirus de tipo 2 que no se destruya deberá confinarse de forma segura en las «instalaciones esenciales para poliovirus» que se designen. Para la aplicación de la fase II (periodo de contención de los poliovirus de tipo 2) los Estados Miembros que albergan instalaciones esenciales relacionadas con poliovirus (producción, investigación y almacenamiento de vacunas) deberán designar una autoridad nacional de contención, establecer un reglamento para la gestión del bioriesgo que esté en consonancia con el PAM III, y certificar la contención segura de los materiales relacionados con poliovirus. La Secretaría presta apoyo a los Estados Miembros en la aplicación del plan de acción mundial.

PLANIFICACIÓN DEL LEGADO

17. En 2015 ha proseguido la aceleración de la planificación del legado de la lucha contra la poliomielitis, que tiene que cumplir tres propósitos. En primer lugar, garantizar que las funciones necesarias para que el mundo se mantenga sin poliomielitis después de la erradicación (por ejemplo, inmunización, vigilancia, preparación y respuesta ante brotes epidémicos y contención de los poliovirus en instalaciones) se incorporan a los programas nacionales permanentes de salud pública. En segundo lugar, garantizar que los conocimientos obtenidos y las enseñanzas extraídas de las actividades de erradicación de la poliomielitis se aprovechan en otras iniciativas sanitarias. En tercer lugar, donde sea posible y apropiado, garantizar la transferencia de capacidades, activos y procesos en apoyo de otras prioridades sanitarias.

18. La planificación del legado de la lucha contra la poliomielitis tiene que llevarse a cabo principalmente en el nivel nacional. Es esencial que el proceso esté liderado por los Estados Miembros. Si la planificación del legado se efectúa correctamente, a largo plazo las inversiones en la erradicación de la poliomielitis beneficiarán a otros objetivos de desarrollo. Los recursos humanos, las instalaciones y los procesos financiados por conducto de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis participan sustancialmente en el desempeño de funciones ajenas a la erradicación de la poliomielitis, en particular en las esferas de la inmunización, la vigilancia y la respuesta a las emergencias. La planificación correcta del legado garantizará que esas funciones esenciales perduren cuando finalice la financiación de la erradicación de la poliomielitis. Para prestar apoyo a los Estados Miembros en la planificación del legado de las actividades antipoliomielíticas, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha elaborado directrices para preparar un plan de transición.¹

¹ Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Polio legacy planning: guidelines for preparing a transition plan, revisado el 1 de junio de 2015, disponible en <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Resourcesforpolioeradicators.aspx> (consultado el 26 de noviembre de 2015).

FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

19. Gracias al generoso y persistente apoyo de los organismos de desarrollo internacionales, en junio de 2015 la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis había recibido contribuciones por valor de US\$ 2682 millones, y compromisos por valor de US\$ 2185 millones respecto del presupuesto general original para 2013-2018 de US\$ 5500 millones. En el examen de mitad de periodo se evaluaron las necesidades financieras futuras de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. A la vista de los resultados del examen de mitad de periodo, el Consejo de Supervisión de la Poliomielitis aprobó una versión revisada del marco financiero. El retraso en el logro de la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje ha hecho que se precise un año adicional de intensas actividades de erradicación, lo que incrementa las necesidades financieras en US\$ 1500 millones. Incluso aunque se concretaran rápidamente la totalidad de las promesas realizadas, persistiría un déficit de US\$ 1996 millones respecto de las nuevas necesidades presupuestarias hasta 2019. Los asociados a la Iniciativa han comenzado la planificación financiera para el periodo de 2016 a 2019, que se someterá a la aprobación del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis en febrero de 2016.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

20. Se invita al Consejo a tomar nota del informe e instar a los Estados Miembros a que velen por la plena aplicación de la resolución WHA68.3.

= = =